

Per i diversi quadri patologici
dell'ostruzione bronchiale cronica.



 **SYMBICORT**
RO34407
budesonide+formoterolo

SUPERIORE EFFICACIA. (1-4)



AstraZeneca
www.astrazeneca.it

PNEUMORAMA Anno XII Numero 43 2 | 2006

2 | 2006

Rivista di
Medicina
Respiratoria
Anno XII
Numero 43

MIDIA
EDIZIONI

Periodico trimestrale Sped. in A.P. 45% - art. 2 comma 20/B - legge 662/96 - Filiale di Milano - Aut. trib. Monza n. 1116 del 2/10/95



PNEUMORAMA

Studiate l' animale nel suo habitat naturale

Dispendio Energetico Giornaliero
3,712 Calorie

Durata Attività Fisica (PAD)
0 ore 5 min

METS Medi
1.2

Numero Totale di Passi
5,004

Durata del Sonno
8 ore 0 min

Ultimi 7 Giorni



Media Giornaliera
3,883 Calorie



Body Monitoring System

Il sistema di monitoraggio corporeo Bodymedia funziona come un "holter metabolico" permettendo di registrare e analizzare informazioni sul metabolismo, attività fisica e stile di vita dei vostri pazienti in condizioni assolutamente "free-living".

Il sistema comprende la SenseWear Armband, uno strumento medicale indossabile, comodo, validato scientificamente, portato sulla parte posteriore del braccio. La Armband registra in continuo una serie di dati fisiologici mentre il vostro paziente vive la propria vita normale, senza interruzioni, per giorni e giorni di seguito.



SENSORMEDICS Italia srl

SensorMedics Italia Srl
Via C. Balzaretti, 15
20133 Milano, Italia
Tel : +39-02-2774121
Fax : +39-02-27741250
E-mail : info@sensormedics.it
Sito Web : www.sensormedics.it

www.bodymedia.com | www.armband.it



Dep. Min. Sal. 23.12.2003



Tobramicina soluzione da nebulizzare

TOBI®

300mg/5ml soluzione da nebulizzare
J01GB01
Tobramicina

 **Dompé** s.p.a.

SACRA EST MEDICINA VETUSQUE DEORUM INVENTUM



Centro Servizi Medico Ospedalieri con Farmacovigilanza nome CEE

PNEUMORAMA

2 | 2006

www.midiaonline.it

Rivista di Medicina Respiratoria
Anno XII Numero 43

Periodico Trimestrale, Reg. Tribunale di Monza
n. 1116 del 2 Ottobre 1995, Spedizione in A.P. 45%
art. 2 c. 20/B, L. 662/96 - Filiale di Milano

Pubblicazione di MIDIA srl
Via Santa Maddalena, 1 - 20052 Monza
Tel. 0392 304 440 Fax 0392 304 442
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

Direttore Responsabile | **Antonio Schiavulli**

Direttore Scientifico | **Gianni Balzano**
Via Posillipo, 308 - 80123 Napoli
Tel. 0815 366 679 - balzano@midiaonline.it

Segretaria di redazione (Monza) | **Elena Narcisi**

Redazione e relazioni esterne | **Debora Finotti**
Manuela Polimeni

Progetto grafico | **Maurizio Milani**

Impaginazione, CTP, stampa | **Artestampa, Galliate L. (VA)**

Pubblicità | **MIDIA**

L'inserimento di collaborazioni esterne è soggetto all'accettazione della Direzione Scientifica. Gli Autori autorizzano *PNEUMORAMA* a utilizzare il loro nome per pubblicizzare il loro lavoro nel contesto della pubblicazione della rivista. *PNEUMORAMA* non è in nessun caso responsabile delle informazioni fornite dai relatori, ciascuno certificando la veridicità e l'esattezza dei contenuti dei loro articoli.

Copyright © 2006 Midia srl
Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione di testi e immagini senza il permesso scritto dell'editore.

Prezzo copia € 6,20. Abbonamento a quattro numeri € 24,80 da versare sul C/C postale n. 34827204 intestato a MIDIA srl, Via Santa Maddalena 1, 20052 MONZA (MI).

PNEUMORAMA è spedita in abbonamento postale. L'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato per l'invio di questa e di altre pubblicazioni. Ai sensi e in conformità con l'art. 10 L. 31/12/96, n. 675, MIDIA informa che i dati inseriti nell'indirizzario di *PNEUMORAMA* e quelli ricevuti via fax o lettera di aggiornamento verranno archiviati nel pieno rispetto delle normative vigenti e saranno utilizzati a fini scientifici. È nel diritto del ricevente richiedere la cessazione dell'invio della rivista e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso.

Siamo presenti
all'ERS di Monaco
HALL B1
STAND B34

VitalAire

vicini a Voi da

20

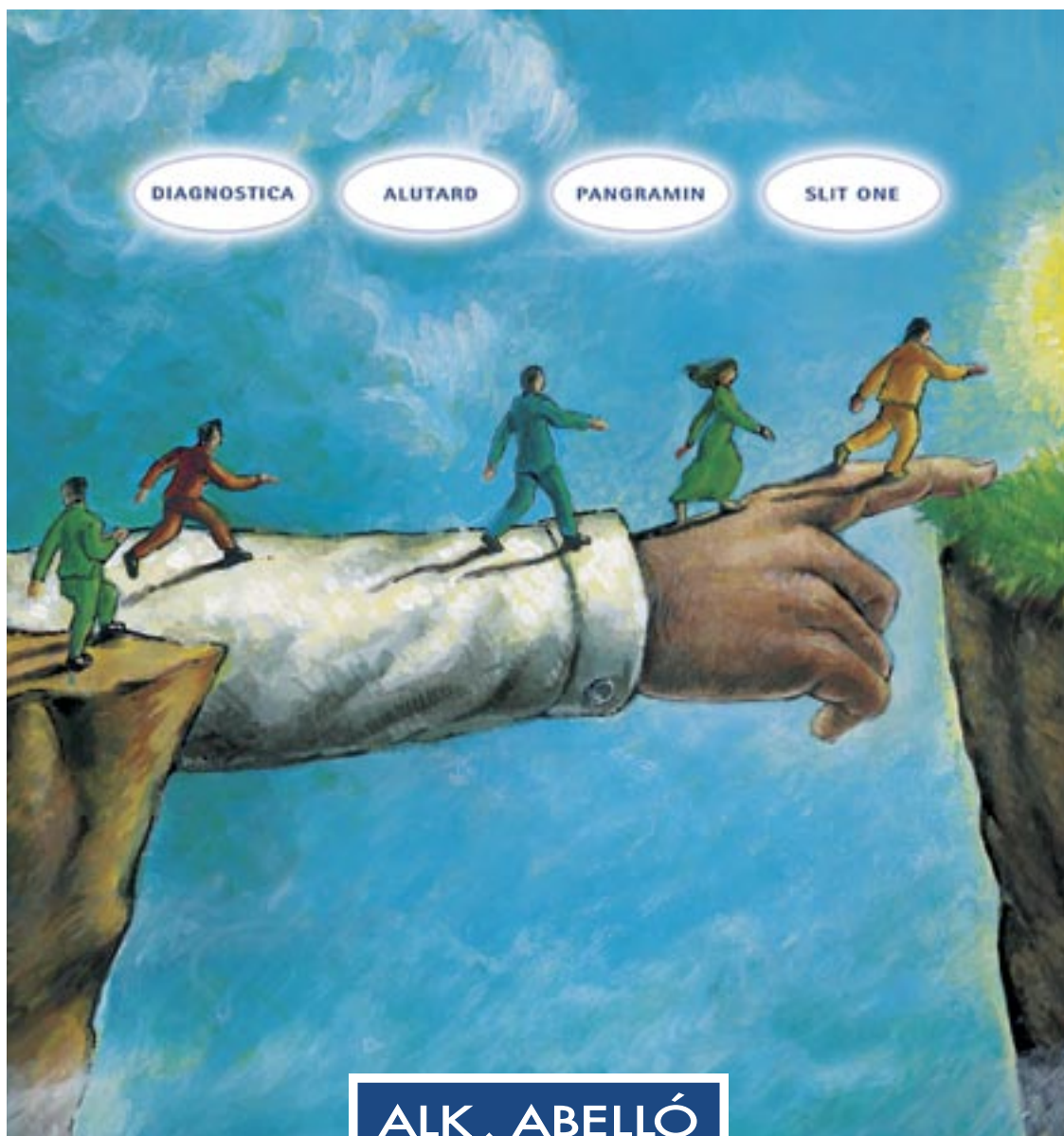
anni

La salute è un bene comune

VitalAire Italia S.p.A
Via Ciardi, 9 - 20148 Milano
Tel. 02 4021.1 - Fax 02 4021379
www.vitalaire.it

20

Allergie respiratorie: Il progresso continua.



ALK ABELLÓ

Curing Allergy

MISSIONE: migliorare la qualità di vita delle persone allergiche.

VALORI: ricerca e sviluppo di prodotti efficaci, innovativi e ad elevata compliance.

QUALITÀ: estratti biologici allergenici altamente purificati e standardizzati.

PRODOTTI: per diagnosi, prevenzione e terapia causale delle allergie respiratorie.

L'EDITORIALE	Città speciale in un Paese speciale <i>A. Schiavulli</i>	5
IL DIRETTORE	“Ma a che serve questo muscolo?” Ovvero: La termoplastica bronchiale per l'asma <i>G. Balzano</i>	6
GLI ARTICOLI	Pneumologia: continua il dibattito e aumentano le speranze <i>M. De Palma</i>	10
	EBP GIMBE? J'agrée <i>C. Cinti, V. Zagà</i>	12
	Valutazione del rischio operatorio <i>F. de Blasio, V. Aulitto</i>	13
	OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome): multidisciplinarietà e costi <i>E. Bernkopf</i>	18
	Novità sul fronte dell'allergia <i>A. Schiavulli</i>	21
	Scene dall'ACCP Capitolo Italiano	24
GLI ABSTRACT	Dagli atti dell'ATS <i>S. Aiolfi</i>	26
SPAZIO LIBERO	Un esame alla facoltà di medicina di Parigi <i>G. Lauriello</i>	43
LA BUSSOLA Note di bioetica	Trapianti: considerazioni bioetiche <i>C. Barbisan</i>	47
PULMONARY PERSPECTIVES	Ipertensione Polmonare Cronica Tromboembolica: Un aggiornamento <i>D. Shure, MD</i>	53
L'ANTIFUMO	Come mandare in fumo una serata (ovvero: non è finita lì) <i>N. Zorzin</i>	58
AIAnewsletter		59
SOCIETÀ e ASSOCIAZIONI		67
I PRODOTTI		79
IL CALENDARIO	Corsi & Congressi	82
LA LIBRERIA		84
LA SARABANDA	La colonna (dell') infame <i>F. Iodice</i>	87
LA POESIA	Il mio Angelo <i>E. Corbo</i>	90
LA GALLERIA	Magda Castel	92
LA CANTINA	Pneumoenologia 2006 <i>S. Amaducci</i>	94
COME ERAVAMO	Quando il fumo è arte...	100
GLI AUTORI		103
A PRESCINDERE	Il significato della vita <i>E. de Blasio</i>	104

Siamo presenti
 all'ERS di Monaco
HALL B1
STAND C25

Minispir
 Spirometro
 collegato al PC
 via USB



Spirobank II
 Spirometro con
 opzione ossimetro,
 6000 spirometrie o
 1000 ore di ossimetria
 in memoria, test del
 cammino e analisi
 delle desaturazioni
 nelle apnee notturne
 Connessione USB,
 RS-232 e Bluetooth



Spirolab II
 Spirometro
 diagnostico
 con display
 a colori
 e stampante
 termica
 con memoria
 per 1500
 spirometrie



Spirobank G
 Spirometro
 multifunzione
 con display grafico

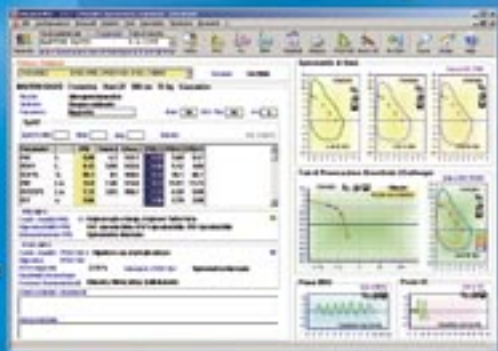
Spirodoc
 Spirometro
 con opzione
 ossimetro
 ideale
 per lo
 screening



Spirotel
 Telespirometro e
 Teleossimetro
 in un solo prodotto
 Dati visualizzati
 dal medico
 via Internet



www.spirometry.com



WinspiroPRO
 Software semplice e intuitivo
 che trasforma gli spirometri MIR
 in strumenti clinici on-line
 con funzioni avanzate
 di spirometria ed ossimetria

in dotazione su
 Minispir, Spirobank II,
 Spirolab II, Spirobank G



Città speciale in un Paese speciale

Antonio Schiavulli

Recentemente in occasione del Congresso dell'ACCP Capitolo Italiano ho vissuto a Napoli, una città che mi sta nel cuore, il "fastidio taxi" come mi sembra di non averlo mai vissuto prima in nessuna parte del mondo. Mi sono sentito imbrogliato, braccato, ricattato ed anche sequestrato quando uno Schumacher mancato mi ha catapultato a velocità da brivido dall'aeroporto all'albergo. "Tariffa predeterminata" si chiama quella fissa che è stata stabilita per percorsi classici (tipo albergo- aeroporto e viceversa), ma quando la citi al tassista spesso ti viene chiesto "e perché se non sappiamo quanto ci mettiamo?". Insomma una lotta, ti rivolgi all'albergo così sei garantito. Ma che pena! Ora non vorrei che si pensasse che io ce l'abbia in generale con i tassisti. Anzi ho dei bellissimi ricordi di simpatiche conversazioni (e a Napoli più che altrove). Voglio solo ricordare ai miei amici napoletani che l'accoglienza del taxi è anche un pò il biglietto da visita della città, ed è un vero peccato che in una splendida città come Napoli quando trovi un tassista normale e gentile (ce ne sono) ti sembri di aver incontrato un marziano.

Amici napoletani. Tanti. Carissimi. Mi ritrovo spesso a fare questa considerazione. Nella città dove qualche anno fa ho "lasciato" un rolex a un ragazotto in motorino che l'aveva molto apprezzato, si trovano alcuni amici che per me sono stati e sono importantissimi dal punto di vista professionale. Napoletano (Gianni) il medico che dieci anni fa mi invitò a fare una rivista in campo pneumologico e che ora state leggendo. Napoletano (Francesco) il medico che sei anni fa mi presentò agli amici

americani per fare l'edizione italiana di una delle più prestigiose riviste internazionali. Napoletano (ancora Francesco) il medico che da sei anni scrive libri che ho l'onore (e il divertimento) di pubblicare (siamo già a tre, e non conosciamo il futuro).

Napoletano (Geppino) il manager/ batterista che mi ha fatto innamorare dell'idea del momento musicale da offrire ai medici partecipanti ai convegni (con lui due serate a Trieste indimenticabili). Per me, non so per altri, Napoli è una città molto speciale, e i napoletani sono persone molto speciali (anche i tassisti).

Ma questa Napoli così speciale non fa parte di un Paese speciale? A leggere i giornali l'immagine dell'Italia è quella di un Paese minato da una corruzione profonda e diffusa in quasi tutti i settori che contano: la politica, l'economia, lo sport, lo spettacolo. Se non è una montatura dei giornali, diamoci da fare, il futuro è cosa che riguarda tutti. La reazione può essere solo morale. Solo per questa via potremo avere un tassista napoletano e italiano che amante della sua città e del proprio Paese sarà lieto di accoglierti consapevole che tutto ciò è cosa normale. Come da qualche parte nel mondo succede.

Grazie a Mario De Palma per il suo intervento (pag. 10) sul futuro della pneumologia italiana. C'è qualcuno che ne vuole discutere? Buona estate a tutti, magari ci vediamo a Monaco (...per una birra).



“Ma a che serve questo muscolo?”

Ovvero: La termoplastica bronchiale per l'asma

Gianni Balzano

Le vie aeree di conduzione, dalla trachea al bronchiolo terminale, sono fornite di una muscolatura liscia involontaria il cui ruolo fisiologico non è mai stato sufficientemente chiarito. In verità numerose ipotesi sono state formulate a tale riguardo e il ruolo attribuito al muscolo liscio è stato, di volta in volta, quello di una peristalsi bronchiale per facilitare l'espiazione o l'eliminazione del muco, quello di stimolare il flusso linfatico e venoso della parete bronchiale, quello di agevolare l'incontro fra ventilazione e perfusione, quello di proteggere il polmone periferico, quello di aumentare l'efficacia della tosse, e altri ancora [1].

Indubbiamente è difficile immaginare che la muscolatura liscia delle vie aeree sia sprovvista di una specifica funzione ed appare, a tale riguardo, comprensibile l'affermazione di un eminente fisiologo del secolo scorso, secondo il quale “Organizzato così com'è, in un sistema molto complesso, questo muscolo sembrerebbe di estrema importanza funzionale, in sostanza abbastanza indispensabile per la respirazione” [2]. Ciò nondimeno, nessuna delle ipotesi finora avanzate è stata confermata su base sperimentale e, d'altra parte, nessuna delle potenziali funzioni attribuite al muscolo liscio bronchiale viene considerata essenziale per la normale fisiologia polmonare, così come nessuna malattia o alterazione funzionale è stata finora associata alla perdita di muscolatura liscia bronchiale.

Si potrebbe, pertanto, concludere, fino a prova contraria, che il muscolo liscio bronchiale non possiede una specifica funzione, anche se nello stesso tempo, come sappiamo, può essere all'origine di problemi

medici potenzialmente gravi, in particolare asma. Un po' come avviene per altri organi, sprovvisti, almeno per quel che ne sappiamo, di uno specifico ruolo fisiologico, ma che possono essere causa di malattia; com'è il caso dell'appendice, di gran parte della peluria corporea, dei denti del giudizio, dei capezzoli maschili e dei muscoli dell'orecchio esterno. Altra possibilità è che la muscolatura liscia presente nelle vie aeree sia un organo, cosiddetto, vestigiale, e cioè un residuo dell'origine embriologica comune con l'apparato gastro-intestinale.

Stando così le cose, se si trovasse la maniera di eliminare o ridurre la muscolatura liscia bronchiale, non ci si dovrebbe aspettare di provocare per questo particolari conseguenze funzionali, se non, tutt'al più, una lieve dilatazione delle vie aeree, dovuta all'abolizione del tono broncomotore.

Nel caso, invece, di soggetti con asma, sarebbe prevedibile un miglioramento della malattia, visto che, con l'eliminazione del muscolo liscio, verrebbe di fatto abolito il tramite fra infiammazione o altri potenziali fattori patogenetici e broncocostrizione dovuta a contrazione della fibrocellula muscolare liscia, pur rimanendo invariata l'ostruzione dovuta a edema della parete e ipersecrezione di muco.

Quest'idea, invero abbastanza rivoluzionaria, rappresenta da un po' di tempo l'obiettivo di un gruppo di ricercatori canadesi, provenienti in parte da Hamilton, Ontario e in parte da Vancouver, British Columbia. Essi, infatti, già da alcuni anni sono alle prese con l'applicazione clinica di una nuova tecnica endoscopica che fa uso di onde termiche da radiofrequenza per ridurre la massa della muscolatura liscia presente nelle vie aeree, la

GIMBE®

Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con



**Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara**
Unità Operativa di Fisiopatologia Respiratoria

2°
EBP
2006

1°
EBP
2007

GIMBE®
Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con

Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP

**EVIDENCE-BASED
PNEUMOLOGY**

8^A EDIZIONE

FERRARA

13-15 NOVEMBRE
27-29 NOVEMBRE
2006

www.gimbe.org/ebp

GIMBE®
Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con

Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP

**EVIDENCE-BASED
PNEUMOLOGY**

9^A EDIZIONE

FERRARA

15-17 GENNAIO
29-31 GENNAIO
2007

www.gimbe.org/ebp

GIMBE®
Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con

Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP

**CLINICAL
GOVERNANCE
IN PNEUMOLOGY**

4^A EDIZIONE

FERRARA

22-24 GENNAIO
2007

www.gimbe.org/cgp

GIMBE®
Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con

Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP

**CLINICAL
RESEARCH
IN PNEUMOLOGY**

2^A EDIZIONE

FERRARA

5-7 FEBBRAIO
2007

www.gimbe.org/crp

2006 • 2007 • 2007 • 2007

Progetto educativoale

Evidence in Pneumology



Organizzazione a cura di:
MIDIA srl Via Santa Maddalena, 1
20052 Monza MI
Tel. 0392 304 440 • Fax 0392 304 442
midia@midiaonline.it • www.midiaonline.it

Evidence-Based Pneumology

DESTINATO A: Clinici

Clinical Governance in Pneumology

DESTINATO A: Clinici con responsabilità gestionali

Clinical Research in Pneumology

DESTINATO A: Ricercatori clinici

cosiddetta “ablazione a radiofrequenza della muscolatura liscia delle vie aeree” o, più semplicemente “termoplastica bronchiale”, tecnica che sembra promettere interessanti avanzamenti nella terapia dell’asma. Dopo una serie di studi preliminari riguardanti la fattibilità e la sicurezza del metodo e condotti inizialmente nell’animale e poi in soggetti umani normali [3-6], compare ora dello stesso gruppo di ricercatori il primo studio clinico, eseguito su 16 pazienti con asma persistente da lieve a moderato [7]. Obiettivo dello studio era quello di valutare, ancora una volta, la sicurezza del metodo e, inoltre, l’effetto a breve (12 settimane) e a lungo (2 anni) termine della termoplastica bronchiale sulla funzione respiratoria e sulla responsività delle vie aeree. La procedura prevede l’applicazione di energia da radio frequenza alla parete delle vie aeree, i cui tessuti vengono riscaldati a circa 65 °C, temperatura sufficiente a ridurre

la massa della muscolatura liscia, ma non a provocare necrosi tessutale e conseguente cicatrizzazione. Previa anestesia locale o generale attraverso il broncoscopio viene introdotto un catetere con all’estremità un’oliva di dimensioni regolabili, che viene posizionata in una via aerea di calibro medio-piccolo, di modo che la termoablazione possa venir praticata sotto diretto controllo endoscopico.

L’intero trattamento viene eseguito nel corso di 3 sedute distanziate di almeno 3 settimane l’una dall’altra. Generalmente una seduta è richiesta per trattare ciascuno dei lobi inferiori e una terza per trattare entrambi i lobi superiori, mentre il lobo medio di destra non viene trattato.

Il trattamento appare ben tollerato e gli unici effetti collaterali osservati, per lo più lievi e transitori, sono quelli tipici dell’esame fibrobroncoscopico.

La funzione respiratoria valutata con la spirometria si mantiene stabile durante tutto il periodo di studio (2 anni), mentre la responsività bronchiale alla metacolina – ed è questo il risultato più eclatante – migliora già dopo 12 settimane e rimane sostanzialmente stabile dopo 1 anno e dopo 2 anni dal trattamento, con variazioni medie di 2,37, 2,77 e 2,64 raddoppi della concentrazione di provocazione a 12 settimane, 1 anno e 2 anni, rispettivamente. È importante sottolineare che tale risultato a carico della responsività bronchiale non è un dato di laboratorio isolato, ma è associato, almeno per quel che riguarda il dato a 12 settimane, ad un miglioramento dei sintomi e della oscillazione quotidiana del picco di flusso, secondo quanto rilevato nel diario clinico che ciascun paziente ha tenuto appunto per le prime 12 settimane successive al trattamento. Lo studio è rilevante sia dal punto di vista fisiopatologico che clinico. Innanzitutto esso conferma l’importanza del muscolo liscio delle vie aeree nella genesi dell’iperresponsività bronchiale, se non altro perché, come accennavamo sopra, la muscolatura bronchiale rappresenta l’elemento attraverso il quale si realizza la broncocostrizione, qualunque sia il fattore di partenza

OFFICINE COPPA

Siamo presenti
all'ERS di Monaco
HALL B1
STAND B23

Tutti ci conoscono e ci apprezzano
per il Polmone d'acciaio.
Oggi siamo in grado
di offrire alla classe medica
anche una Corazza
(per uso ospedaliero e domiciliare).



**finalmente
siamo negativi
su tutta la linea**

Per informazioni contattateci.
Tel. 015 23278 Fax 015 26292
E-mail: coppabiella@tin.it

Una tranquilla affidabilità.

(infiammazione mucosa, alterata geometria delle vie aeree, infiammazione peribronchiale con perdita dell'interdipendenza bronchiolo-alveolare, alterazioni intrinseche dello stesso muscolo liscio bronchiale).

Riguardo, poi, alla rilevanza clinica, l'entità del risultato ottenuto (vistoso miglioramento della responsività bronchiale) ci induce a ritenere che, se verrà documentata l'innocuità della procedura anche per tempi più prolungati (oltre i 2 anni), essa potrà diventare una realistica opzione terapeutica per pazienti asmatici non sufficientemente controllati dalla terapia tradizionale.

La maggioranza di questi pazienti presentano, come sappiamo, asma grave refrattario al trattamento farmacologico, che rappresenta attualmente un serio problema per il paziente ed un difficile cimento per il medico.

Ed è proprio a questo tipo di pazienti che i ricercatori intendono ora applicare la termoplastica bronchiale, sperando anche in tal caso di ottenere risultati incoraggianti.

Bibliografia

- [1] Mitzner W. Airway smooth muscle: the appendix of the lung. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 169: 1-4.
- [2] Macklin CC. The musculature of the bronchi and lungs. *Physiol Reviews* 1929; 9: 1-60.
- [3] Danek CJ, Lombard CM, Dungworth DL, Cox PG, Miller JD, Biggs MJ, Keast TM, Loomas BE, Wizeman WJ, Hogg JC, et al. Reduction in airway hyperresponsiveness to methacholine by the application of RF energy in dogs. *J Appl Physiol* 2004; 97: 1946-1953.
- [4] Cox PG, Miller J, Mitzner W, Leff AR. Radiofrequency ablation of airway smooth muscle for sustained treatment of asthma: preliminary investigations. *Eur Respir J* 2004; 24: 659-663.
- [5] Miller JD, Cox G, Vincic L, Lombard CM, Loomas BE, Danek CJ. A prospective feasibility study of bronchial thermoplasty in the human airway. *Chest* 2005; 127: 1999-2006.
- [6] Brown RH, Wizeman W, Danek C and Mitzner W. Effect of bronchial thermoplasty on airway distensibility. *Eur Respir J* 2005; 26: 277-282.
- [7] Cox G, Miller JD, McWilliams A, FitzGerald JM, and Lam S. Bronchial Thermoplasty for asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173: 965-969.

GIMBE®

Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con



Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP

**EVIDENCE-BASED
PNEUMOLOGY**

8ª EDIZIONE

FERRARA

13-15 NOVEMBRE

27-29 NOVEMBRE

2006

www.gimbe.org/ebp

2006



MIDIA srl Via Santa Maddalena, 1 • 20052 Monza MI
Tel. 0392 304 440 • Fax 0392 304 442 • midia@midiaonline.it

www.midiaonline.it

Pneumologia: continua il dibattito e aumentano le speranze

Mario De Palma

Desidero ringraziare Antonio Schiavulli per gli Editoriali [1,2] che hanno aperto gli ultimi due numeri di "Pneumorama" e rilanciato, commentato e allargato l'editoriale a mia firma, comparso sul quarto numero dello scorso anno della "Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio" [3], dedicato alla complessa situazione della Pneumologia italiana e delle istituzioni scientifiche, che pletoricamente e faticosamente la rappresentano.

Partendo dalla frammentazione e dalla conseguente conflittualità della costellazione di società e affini che "affliggono" la disciplina (ben più delle cinque citate nel suo editoriale) e che ripetono molti dei rituali e dei vizi della politica italiana, Antonio Schiavulli invita i lettori al dibattito e quindi ad un confronto costruttivo.

Per questo, sono lieto, a sei mesi di distanza dal primo scritto, di riprendere il discorso per rilanciare il tema e segnalare quanto sta succedendo, anche di buono.

Innanzitutto, parallelo allo scritto di Antonio Schiavulli, è comparsa, sulla "Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio" [4] la risposta dei Presidenti di AIPO e SIMeR, da poco eletti, al mio editoriale. Pur rimandando alla lettura diretta dello scritto di Antonio Corrado e Cesare Saltini, mi piace sottolineare lo spirito collaborativo e la piena condivisione delle strategie e degli obiettivi nell'ambito delle due Società pneumologiche tradizionali. Il percorso non sarà facile e breve, ma dall'inizio dell'anno gli Esecutivi e i Direttivi di AIPO e SIMeR sono al lavoro per dare ordine, produttività e successiva visibilità a tutte le attività riorganizzative comuni, in corso nei

vari settori; in piena sintonia, inoltre, hanno invitato le varie componenti pneumologiche a collaborare in forma unitaria, soprattutto in campo politico-sanitario.

A questo punto, allargando il dialogo e ascoltando la voce, anche critica, degli specialisti pneumologi italiani, di qualsiasi provenienza, il processo di riordinamento culturale, di riorganizzazione democratica e di semplificazione può avere il risultato, da molti di noi, sperato negli anni trascorsi. Il pericolo è il silenzio, che costituisce il maggiore alleato degli individualismi e dei progetti parcellizzati e dispersi, in realtà degli egoismi o della paura di esporsi.

Un altro argomento affrontato da Antonio Schiavulli è quello delle Aziende. È vero, quando afferma che costituiscono il principale strumento per migliorare la cultura e l'attività scientifica dello specialista e che, in questi anni, hanno avuto difficoltà a sostenere un ambiente multirappresentato ed a scegliere in una progettazione spesso concorrenziale. Ma è soprattutto vera, e questo debbono capirlo i responsabili dell'industria, la sua seconda affermazione, che pur lamentando la polverizzazione della disciplina, sottolinea come le aziende assecondino i progetti di troppi interlocutori, senza selezione, convinte che non se ne possa fare a meno.



È auspicabile che in futuro, di fronte ad un panorama più trasparente e costruttivo, le scelte siano più illuminate e coraggiose. In conclusione: nell'interesse della specialità, dell'assistenza e soprattutto dei pazienti, debbono rinnovarsi i comportamenti di tutti, per favorire i progetti che coinvolgano veramente una Pneumologia unitaria, privilegiando i programmi di più largo respiro, con investimenti rivolti più al futuro che all'immediato, più alla collettività che ai singoli.

Bibliografia

- [1] Schiavulli A. Possiamo Sperare? Pneumorama 2005; 11: 4.
- [2] Schiavulli A. Unità e trasparenza, vince il malato. Pneumorama 2006; 12: 5.
- [3] De Palma M. Quale Pneumologia? Soliti nomi, nuove famiglie. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2005; 20: 161.
- [4] Corrado A, Saltini C. Quale Pneumologia. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2006; 21: 1.

10a Edizione

Verona, 14-16 febbraio 2007

**CONGRESSO
ASMA BRONCHIALE E BPCO:
Obiettivi, Rimedi e Strategie**

AMERICAN COLLEGE OF
CHEST
PHYSICIANS
ITALIAN CHAPTER

EBP GIMBE? J'agrée

Cronistoria di un'abbuffata di Linee-Guida, ovvero gastronomia italiana basata sull'evidenza

Cristina Cinti, Vincenzo Zagà

Il primo giorno del corso (Workshop Evidence-Based Pneumology), alla fine di gennaio 2006 a Ferrara, a colazione, le iniziali sorprese: eravamo ben in quattro "attivisti" del mitico Gruppo "Attività Educazionale" dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) ed anche molti altri erano volti noti. Infatti, la pubblicità fatta da Pier Aldo Canessa, già Responsabile del Gruppo e pioniere tra i frequentatori dell'evento, era penetrata con la strategia della "catena di S. Antonio", dentro il Gruppo stesso. Poi, tra noi non ne avevamo più parlato ma, individualmente, celatamente, c'eravamo iscritti...

L'accoglienza di Alfredo Potena era stata, poi, assolutamente impeccabile: il clima era elegante e confortevole e le sedie della sala erano strategicamente rigide, evidentemente per mantenere sempre alta l'attenzione. Immediatamente erano iniziati i lavori: ovviamente "full immersion".

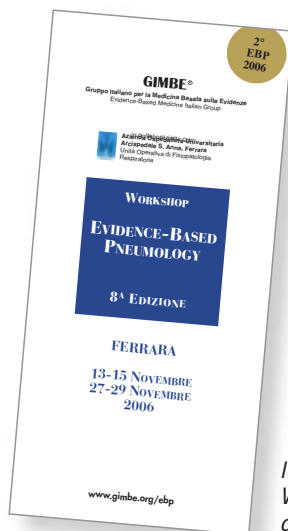
Le aspettative sul corso a Ferrara erano allettanti e avvincenti e la realtà le stava sempre più confermando: potevamo acquisire dimestichezza con un mezzo di studio e ricerca critica delle evidenze scientifiche, mirato, rapido e prontamente utilizzabile nella realtà clinica.

Certo, onore al merito di "Zio Nino" (alias Antonino Cartabellotta) che da gran comunicatore rendeva attuabili e gestibili i metodi di ricerca "on line" più complicati! L'entusiasmo per revisioni e metanalisi ci ha immediatamente contagiato tanto che da "apprendisti metodologi" ci siamo immediatamente cimentati in critiche feroci dei dati pubblicati dalla più quotata letteratura internazionale, scoprendone non pochi "altarini" (pardon bias)!

Il ritmo era in ogni momento incalzante ma appassionante. Nonostante la veneranda età media ed i gloriosi curricula dei discenti non mancava certo entusiasmo e spirito di gruppo a dir poco agonistico.

Questa passione ci ha accompagnato fino all'ultimo giorno quando ci siamo addirittura dimenticati di fare la pausa caffè per completare un ennesimo lavoro di gruppo! Non di sola scienza... è stato l'aureo motto GIMBE! Infatti, la sera, le attività continuavano ad essere impegnative: pochissimi hanno fatto esercizio aerobico sulle mura di Ferrara mentre tutti sono stati "maratoneti" delle specialità gastronomiche locali!

Questa "abbuffata" di metodo e di cibo ci ha immediatamente fatto sorgere l'esigenza di continuare, chiedendo anche la possibilità di frequentare ancora insieme i corsi successivi perché, tra il serio ed il faceto, abbiamo in ogni modo, sicuramente imparato a ridurre i tempi di ricerca bibliografica soprattutto migliorandone la resa: provare per credere!



*Il prossimo
Workshop EBP
di novembre*

Valutazione del rischio operatorio

Ruolo del test da sforzo cardiopolmonare

Francesco de Blasio, Vincenzo Aulitto

La valutazione del paziente che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico è un momento assai delicato, non privo di risvolti etici e medico-legali. Le complicanze postoperatorie dopo gli interventi sul torace e quelli sull'alto addome rappresentano una importante componente del rischio chirurgico e possono prolungare le degenze ospedaliere in media di una o due settimane.

Analogamente, i pazienti candidati ad intervento cardiocirurgico (sia per cardiopatia ischemica che per sostituzione/riparazione valvolare), frequentemente soffrono di una concomitante patologia cronica respiratoria, talvolta misconosciuta, spesso sottostimata, che rende più complessa la valutazione pre-operatoria del rischio anestesilogico.

Da quanto seppur brevemente esposto, appare chiara la necessità di una attenta valutazione cardiopolmonare dei pazienti candidati ad interventi di chirurgia cardio-toracica.

Una valutazione preoperatoria quanto più completa possibile della funzionalità respiratoria non può essere omessa e deve comprendere la misurazione dei volumi, delle capacità e dei flussi polmonari. Ad essa deve essere collegata la valutazione del rischio cardiovascolare, per individuare l'eventuale presenza di malattie coronariche non stabilizzate, scompenso cardiaco, gravi aritmie o gravi malattie valvolari che costituiscono i maggiori fattori di rischio di infarto o di morte per cause cardiache nel postoperatorio. In caso di alterazioni gravi della funzione cardio-respiratoria, l'intervento chirurgico deve essere procrastinato fin quando, dopo opportuna terapia farmacologica, associata o meno a programma di riabilitazione cardiopolmonare,

esse non rientrino nei limiti di un accettabile rischio [1-4].

Non è scopo di questa breve review quello di ribadire gli ambiti entro i quali i risultati delle indagini di valutazione pre-operatoria cardiopolmonare debbano ricadere per essere considerati nei limiti della norma. Tuttavia, nella Figura 1 sono mostrati gli algoritmi decisionali per la valutazione funzionale respiratoria preoperatoria che guidano nella scelta degli esami cui sottoporre i pazienti e alla loro successione; il risultato di ciascun livello di esami consente di definire il paziente come operabile, non operabile o suggerisce l'opportunità di ulteriori esami. L'elemento fondamentale ai fini dell'iter decisionale pre-operatorio è rappresentato dalla valutazione della riserva

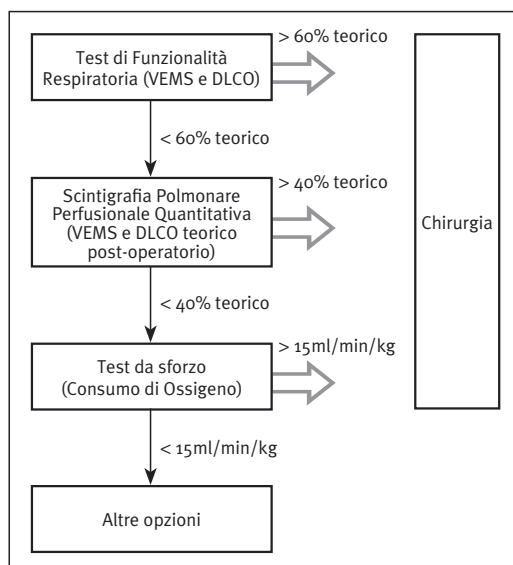


Figura 1 - Da: Wang J.S. Pulmonary function test in preoperative pulmonary evaluation. *Respiration* 2004; 98: 598-605

cardiorespiratoria. Essa, se adeguatamente presente, consente di fare fronte allo stress delle fasi postchirurgiche nonché alle aumentate richieste metaboliche per la riparazione tissutale. In questa ottica, il test da sforzo cardiopolmonare (TSCP) rappresenta il *gold standard*. Infatti, recenti evidenze suggeriscono che la performance cardiopolmonare durante esercizio fisico rappresenta il più utile predittore della insorgenza di complicanze postoperatorie e della sopravvivenza postoperatoria. Secondo linee guida internazionali (riprese da diverse società scientifiche nazionali) [5] il TSCP viene generalmente effettuato con l'ausilio di apparecchiature diverse, ma tutte in grado di fornire risultati sovrapponibili e riproducibili. Lo sforzo fisico viene simulato grazie a protocolli specifici che determinano un incremento crescente del carico, utilizzando il cicloergometro o il treadmill. Queste due attrezzature vengono largamente utilizzate dagli specialisti cardiologi e pneumologi con specifici protocolli che, tenendo fede alle prescrizioni delle Linee Guida Internazionali, consentono un adattamento alle caratteristiche di specifiche categorie di pazienti. Ad esempio, i protocolli più frequentemente utilizzati nello studio dei pazienti affetti da patologie respiratorie croniche (che, a causa della loro infermità principalmente caratterizzata da ridotta capacità ventilatoria, non sono in grado di raggiungere grandi carichi di lavoro) prevedono l'utilizzo del cicloergometro ed uno sforzo cosiddetto "*a rampa*", in cui ad ogni intervallo (solitamente di 2 minuti) corrisponde un carico lentamente crescente. Viceversa, per il test da sforzo condotto in pazienti cardiopatici, si prediligono protocolli che prevedono l'utilizzo del treadmill e step di sforzo incrementali più netti e della durata di tre minuti (ad esempio, protocollo di Bruce o di Naughton). È importante sottolineare che, indifferentemente dalla indicazione per cui il TSCP viene effettuato, nonché dal protocollo utilizzato, quest'ultimo viene condotto fino al raggiungimento dei target prefissati e rappresentati dal massimo consumo di ossigeno e dalla massima frequenza cardiaca,

oppure "*ad esaurimento*", ovvero fino a quando il paziente non mostra un limite fisico, per lo più rappresentato da sensazione di esaurimento muscolare agli arti inferiori, oppure ancora per comparsa di sintomi quali dispnea intensa o precordialgie. Come ovvio, il test può essere interrotto dall'operatore, allorquando dovessero registrarsi alterazioni del tracciato ECG, desaturazione ossiemoglobinica significativa, marcati incrementi della frequenza cardiaca o della pressione arteriosa. Limitandoci ai casi in cui il TSCP venga effettuato per valutare la riserva cardiopolmonare in soggetti candidati a chirurgia cardiotoracica, i parametri solitamente considerati sono il consumo massimo di ossigeno ($\dot{V}O_{2max}$), gli equivalenti ventilatori per la CO_2 ($VE/\dot{V}CO_2$) e per l' O_2 ($VE/\dot{V}O_2$), la riserva respiratoria ($BR = Breathing Reserve$) ed il polso di ossigeno ($OP = Oxygen Pulse; \dot{V}O_2/FC$). Gli equivalenti ventilatori, l'identificazione della riserva respiratoria e del polso d'ossigeno sono utili per identificare la causa (respiratoria o cardiovascolare) di un'alterazione del TSCP. In dettaglio, gli equivalenti ventilatori sono un indice di efficienza della pompa cardio-ventilatoria e, quando significativamente aumentati, possono essere considerati come indici di alterazione del rapporto ventilazione/perfusione. Nel soggetto sano, l'esercizio fisico determina l'aumento della ventilazione minuto, ed un analogo e maggiore incremento sia del consumo di O_2 che della produzione di CO_2 . Ne consegue che il loro rapporto (gli equivalenti ventilatori) andranno via via riducendosi fino al raggiungimento della soglia anaerobica. Come vedremo più avanti, un aumento in particolare del rapporto $VE/\dot{V}CO_2$ può indurre a considerazioni prognostiche sfavorevoli in soggetti cardiopatici candidati ad interventi chirurgici. Per quanto riguarda il consumo di ossigeno massimo, esso viene parimenti e più comunemente considerato un indicatore prognostico circa la operabilità di un paziente [6]. Ad esempio, valori di $\dot{V}O_{2max} > 20 \text{ mL/Kg/min}$ o $> 75 \%$ del teorico vengono considerati un limite sicuro per interventi demolitivi sul

parenchima polmonare, mentre valori di $\dot{V}O_{2max}$ compresi tra 15 e 20 mL/Kg/min vengono considerati comunque accettabili per una resezione polmonare totale. Invece, un valore < 10 mL/Kg/min esclude la possibilità di una qualunque resezione polmonare. Esiste, poi, una fascia di pazienti con valori di $\dot{V}O_{2max}$ compresi tra 10 e 20 mL/Kg/min per i quali risulta incerta la predizione delle complicanze. Nei casi di pazienti candidati ad intervento di resezione polmonare, è essenziale stimare quale sarà la funzione respiratoria residua dopo l'intervento. Tale riserva polmonare, dipenderà ovviamente dalla estensione della resezione che si prevede di effettuare (pneumectomia, bilobectomia, lobectomia o segmentectomia). Valori di $\dot{V}O_{2max}$ previsto post-operatorio inferiori a 10 mL/Kg/min indicano un rischio molto alto di complicanze e di mortalità postoperatorie; in questo caso dovrebbero essere proposti ai pazienti trattamenti alternativi a quello chirurgico. Per quanto riguarda i pazienti candidati a chirurgia cardiaca (ad esempio, sostituzione valvolare o rivascolarizzazione coronarica), l'esecuzione del TSCP avrebbe sicura indicazione sia a completamento della valutazione dell'infermità pre-operatoria, che nell'ottica di stabilire il rischio operatorio. Nel primo caso, il TSCP, grazie alla misurazione del $\dot{V}O_{2max}$, consente di stabilire l'entità del danno miocardio, integrando e migliorando la stadiazione dei pazienti secondo la classificazione dello scompenso cardiaco varata dalla NYHA (Figura 2). In secondo luogo, grazie anche a recenti studi scientifici, il ruolo del TSCP nella valutazione preoperatoria dei pazienti cardiopatici è stato ampliato, sottolineando il ruolo dell'equivalente respiratorio per la CO_2 ($VE/\dot{V}CO_2$), proponendo un nuovo algoritmo prognostico (Figura 3), particolarmente utile per tutti i casi dubbi, per i quali non si può ragionevolmente essere certi né dell'effettuazione né dell'esclusione dall'atto chirurgico [7]. In tutti i casi in cui il $\dot{V}O_{2max}$ sia compreso tra 10 e 18 mL/kg/min (ovvero in quella "zona grigia" caratterizzata da risultati dall'interpretazione non univoca, il ricorso

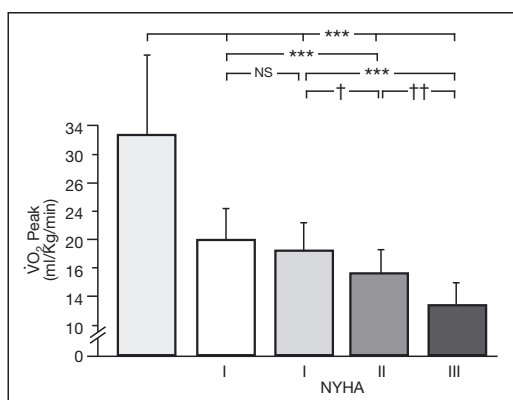


Figura 2 - confronto del valore medio della capacità aerobica di picco ($\dot{V}O_2$ di picco per Kg) fra individui normali (HS) e pazienti con insufficienza respiratoria cronica asintomatica (ALVD) o sintomatica (CHF) nelle diverse classi nyha.

Il peggioramento dei sintomi è risultato associato ad una significativa diminuzione della capacità di picco aerobica.

* $p < 0,02$; ** $p < 0,0002$; *** $p < 0,0001$; $\dagger p < 0,03$; $\dagger\dagger p < 0,002$.

Tratto da: Mezzani A, Corrà U, Baroffio C, et al. Habitual Activities and Peak Aerobic Capacity in Patients With Asymptomatic and Symptomatic Left Ventricular Dysfunction. Use of a New Physical Activity Scoring System. *Chest* 2000; 117: 1291-1299

alla valutazione del rapporto $VE/\dot{V}CO_2$ può essere di grande ausilio, con le peggiori indicazioni prognostiche legate ai valori più alti di $VE/\dot{V}CO_2$.

Come è facilmente immaginabile, gli algoritmi devono essere adattati alle singole realtà locali, ad esempio per la disponibilità dei singoli test. Infatti, qualora sia facilmente eseguibile, è possibile fare precedere il TSCP agli studi di scintigrafia polmonare, ottenendo una bassa morbilità postoperatoria senza incrementare significativamente il numero di pazienti esclusi dalla chirurgia [8,9]; una semplice stratificazione dei pazienti viene così ad essere alla portata anche di centri privi di medicina nucleare e consente una riduzione dei costi della procedura (Figura 4). Tuttavia gli algoritmi decisionali devono essere visti solo come un prezioso sussidio che consente di ottimizzare i risultati cercando di contenere i costi, e ogni decisione medica deve comunque sempre essere basata sull'esame clinico del paziente ed in

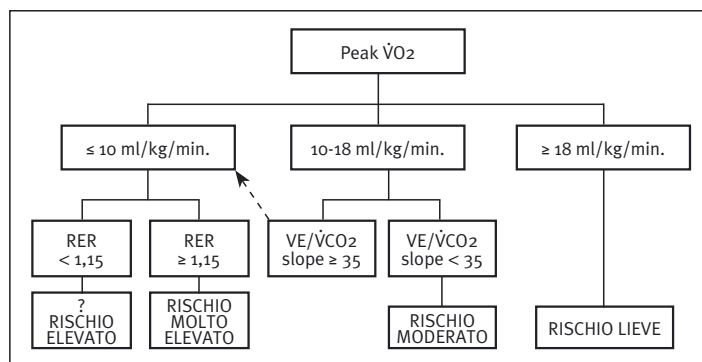


Figura 3 - Da: Corrà U, Mezzani A, Bosimini E, Giannuzzi P - *Cardiopulmonary Exercise Testing and Prognosis in Chronic Heart Failure. A Prognosticating Algorithm for the Individual Patient. Chest 2004; 126: 942-950*

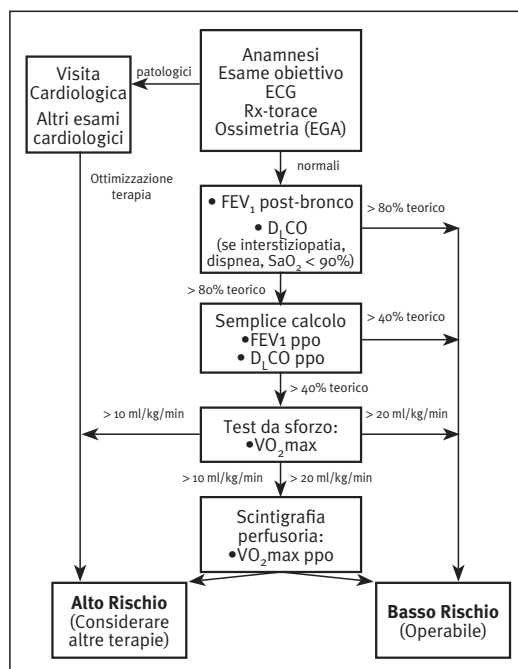


Figura 4

ultima analisi sul “buon senso” poiché non esiste una definizione univoca di quale sia il rischio operatorio accettabile. Analogamente, nel caso che il TSCP non sia eseguibile, può essere anche considerato l’impiego di test da sforzo semplificati [10,11]. Si può, quindi, ragionevolmente affermare che i pazienti in grado effettuare agevolmente ed in assenza di alterazioni ECG un “test da sforzo” consistente nel salire tre rampe di scale, possono essere candidati ad un intervento di lobectomia, mentre quelli in grado di salire cinque piani possono essere

candidati a una pneumonectomia. In letteratura sono presenti dati che supportano questo tipo di misurazioni, seppure non standardizzate, le quali correlano, anche se grossolanamente, con i dati spirometrici (salire 3 rampe di scala corrisponde alla presenza di un $FEV_1 > 1.7$ L; cinque rampe ad un $FEV_1 > 2$ L). Inoltre, un paziente che riesce a salire cinque rampe di scale ha generalmente un $\dot{V}O_{2max} > 20$ mL/Kg/min, mentre chi non è in grado di salire una rampa di scale ha un $\dot{V}O_{2max} < 10$ mL/Kg/min. Viceversa, i dati di confronto tra $\dot{V}O_{2max}$ e test del cammino di 6 minuti (o dello shuttle test) sono limitati: la incapacità a completare 25 shuttles (250 m) in due occasioni depone per un $\dot{V}O_{2max} < 10$ mL/Kg/min con un limite di confidenza del 95%. Infine, una caduta della saturazione ossiemoglobinica durante il TSCP $> 4\%$ deve essere considerata un indice di alto rischio di complicanze postoperatorie.

Bibliografia essenziale

- [1] British Thoracic Society, Cardiothoracic Surgeons of Great Britain, Ireland Working Party. Guidelines on the selection of patients with lung cancer for surgery. *Thorax* 2001; 56: 89-108.
- [2] Beckles M, Spiro SG, Colice GL, et al. The Physiologic evaluation of patients with lung cancer being considered for resectional surgery. *Chest* 2003; 123: 105S-114S.
- [3] Richter Larsen K, Svendsen UG, Milman N, et al. Exercise testing in the preoperative evaluation of patients with bronchogenic carcinoma. *Eur Resp J* 1997; 10: 1559-1565.

- [4] Wyser C, Stultz P, Soler M, et al. Prospective evaluation of an algorithm for the functional assessment of lung resection candidates. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1450-1456.
- [5] ATS/ACCP Statement on Cardiopulmonary Exercise Testing *Am J Respir Crit Care Med* Vol 167. pp 211-277, 2003
- [6] Mezzani A, Corrà U, Baroffio C, et al. Habitual Activities and Peak Aerobic Capacity in Patients With Asymptomatic and Symptomatic Left Ventricular Dysfunction. Use of a New Physical Activity Scoring System. *Chest* 2000; 117: 1291-1299.
- [7] Corrà U, Mezzani A, Bosimini E, Giannuzzi P. Cardiopulmonary Exercise Testing and Prognosis in Chronic Heart Failure. A Prognosticating Algorithm for the Individual Patient. *Chest* 2004; 126: 942-950.
- [8] Win T, Laroche CM, Groves AM, et al. Use of quantitative lung scintigraphy to predict postoperative pulmonary function in lung cancer patients undergoing lobectomy. *Ann Thorac Surg* 2004; 78: 1215-1218.
- [9] Smulders SA, Smeenk FW, Janssen-Heijnen ML, et al. Actual and predicted postoperative changes in lung function after pneumonectomy: a retrospective analysis. *Chest* 2004; 125: 1735-1741.
- [10] Solway S, Brooks D, Lacasse Y et al, A qualitative systematic overview of the measurement of functional walk test used in the cardiorespiratory domain. *Chest* 2001; 119: 256-270.
- [11] Wang J.S. Pulmonary function test in preoperative pulmonary evaluation. *Respiration* 2004; 98: 598-605.

**1°
EBP
2007**

GIMBE®

Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con



Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP

**EVIDENCE-BASED
PNEUMOLOGY**

9^A EDIZIONE

FERRARA

**15-17 GENNAIO
29-31 GENNAIO
2007**

www.gimbe.org/ebp

2007



MIDIA srl Via Santa Maddalena, 1 • 20052 Monza MI
Tel. 0392 304 440 • Fax 0392 304 442 • midia@midiaonline.it

www.midiaonline.it

OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome): multidisciplinarietà e costi

Edoardo Bernkopf

Secondo Adam Smith, padre del liberismo economico “l’ambizione individuale serve al bene comune”, e di conseguenza in un lavoro cui attendono più persone, non necessariamente in concordia, “il risultato migliore si ottiene quando ogni componente del gruppo fa ciò che è meglio per sé”.

Questa filosofia viene contraddetta dalla più recente “Teoria dei giochi”, la cui nascita può essere fatta coincidere con l’uscita del libro “Theory of Games and Economic Behavior” di Oskar Morgenstern e John von Neumann nel 1944, e soprattutto dall’evoluzione di questa elaborata da John Nash e detta delle “Dinamiche Dominanti”.

Nella prima vengono matematizzati i comportamenti umani di due contendenti che competono per la vincita o la spartizione di una determinata risorsa. Successivamente John Nash ha esteso la Teoria dei Giochi a situazioni che comportano la partecipazione di più “giocatori”, specie nei casi di “giochi non cooperativi”, giungendo, in netto contrasto con Adam Smith, alla conclusione che “il risultato migliore si ottiene quando ogni componente del gruppo fa ciò che è meglio per sé e per il gruppo”.

Quando ogni giocatore, una volta osservate le scelte degli altri giocatori, ha interesse a confermare la propria scelta, e per contro, nessun giocatore ha interesse ad essere l’unico a cambiare, si raggiunge l’“Equilibrio di Nash” fra così dette “Dinamiche Dominanti”. Le applicazioni e le interazioni della teoria sono molteplici: dal campo economico e finanziario a quello strategico-militare, dalla politica alla sociologia, dalla psicologia all’informatica, dalla biologia allo sport. Nel campo medico (poco toccato da queste teorie) il passaggio dalla gestione



John Forbes Nash Jr., vincitore nel 1990 del premio Nobel per l'economia per i suoi studi sulle “Dinamiche Dominanti”, noto anche al grande pubblico grazie al film “A beautiful mind”, che narra la sua storia con Russel Crowe nella parte del protagonista.



monospecialistica a quella multidisciplinare di una determinata patologia potrebbe rispondere all’analisi secondo la teoria delle Dinamiche Dominanti.

La terapia dell’ OSAS (Sindrome delle Apnee nel Sonno) è stata per molto tempo di competenza pressoché esclusiva dell’Otorinolaringoiatria in campo pediatrico, e della Pneumologia nell’adulto . In ossequio ad Adam Smith, gli ORL con i loro progressi nelle tecniche chirurgiche e gli Pneumologi, con la corretta applicazione di apparecchi respiratori a pressione continua (CPAP) sempre più perfezionati, hanno certamente contribuito all’aumento di livello della salute della popolazione. La gestione monospecialistica, peraltro, può rischiare di esasperare le indicazioni di un trattamento in quanto possono venir trascurate altre ipotesi terapeutiche alternative, potenzialmente vantaggiose, ma appartenenti ad ambiti specialistici diversi da quelli storicamente interessati: nel campo dell’OSAS sono con il tempo emerse le competenze dei Chirurghi



Siamo presenti
all'ERS di Monaco
HALL B1
STAND A35

La vita della ventilazione

Apnee ostruttive del sonno
(OSAS)

Insufficienze Respiratorie Croniche
(BPCO, malattie neuromuscolari,
cifoscoliosi, esiti di TBC)

Ventilazione non invasiva			Ventilazione invasiva
C-Pap	Autocpap	BiLevel S / ST	PSV / Volumetrico
 Somnotron	 Somnosmart 2	 Samarvanti	 Serena / Integra
			 Ultra

Questo schema si propone di dare un suggerimento sul tipo di apparecchio da usare in base al tipo e alla gravità della patologia, senza per questo fornire una indicazione clinica precisa.

VIVISOL
Home Care Services

VIVISOL Srl Headquarters Piazza Diaz, 1 I-20052 MONZA (MI) Tel. 039 - 23963359 Fax 039 - 23963392
internet: <http://www.vivisol.com>

Maxillo Facciali, dei Dentisti, dei Roncochirurghi dell'adulto, dei Cardiologi. Applicando alle problematiche mediche la Teoria dei Giochi è però necessario inserire fra i Medici "Giocatori" un elemento peculiare e originale, vale a dire il Paziente, che nel sistema non costituisce una semplice preda per lo specialista che lo tratta, ma è anch'egli un protagonista, auspicabilmente il principale, che ricerca anzitutto la soluzione al suo problema.

La gestione multidisciplinare pone lo stesso caso all'attenzione di più specialisti chiamati ad esprimere ciascuno la propria visione del problema, e porta alla definizione di Linee Guida elaborate grazie al contributo scientifico di tutte le Categorie interessate. Ciò dovrebbe tendenzialmente portare al raggiungimento di un "Equilibrio di Nash" fra specialisti concordi nel rispettare, ma a propria volta nel veder rispettati, i ruoli e gli interessi di tutti, in primo luogo del paziente, e giungere alla scelta dell'opzione terapeutica caso per caso più adatta. L'equilibrio di Nash non si raggiunge solo nell'approccio diagnostico e terapeutico al caso clinico, ma anche nella ripartizione degli spazi scientifici, che le varie specialità reciprocamente tendono ad aprirsi, con tutti i vantaggi nella visibilità e nelle prospettive di carriera che ciò comporta. Esiste però anche un altro fattore tipico del campo medico, costituito dal "terzo pagante", non previsto nella Teoria dei Giochi, dove la vincita costituisce anche il compenso per il vincitore (o per i vincitori in una situazione di Equilibrio di Nash). Nel nostro Sistema Sanitario l'allargamento alla gestione multidisciplinare, se da un lato può raggiungere un Equilibrio di Nash (sempreché si giunga a chiare linee guida interdisciplinari che stabiliscano l'indicazione di una terapia versus le altre e non solo le indicazioni per così dire intraspecialistiche), dall'altro comporta inevitabilmente una dilatazione dei costi che saranno sopportati dalla collettività. L'allargamento multidisciplinare, se non ben organizzato, rischia di dilatare una domanda di servizi per lo più diagnostici alimentata paradossalmente dalla dilatazione dell'offerta. Ogni specialista, se chiamato a

consulto, non potrà che subordinare l'espressione del proprio parere al preliminare espletamento dell'iter diagnostico di propria abituale pertinenza, anche nei casi in cui nel confronto interdisciplinare si giungerà alla sua astensione terapeutica, in favore di un'opzione affidata ad altro specialista.

Inoltre, le indicazioni scientifiche che dovrebbero illuminare un corretto approccio clinico multidisciplinare provengono prevalentemente da realtà mediche ricche e scarsamente sensibili alla socialità, e vengono recepite da esponenti di Centri di Eccellenza ben inseriti nei circuiti scientifici internazionali, ma poco presenti a livello di assistenza territoriale di base. Una volta tradotti in Linee Guida Nazionali, però, nel nostro Paese vanno a responsabilizzare direttamente Colleghi che operano in un Sistema Sanitario prevalentemente assistenziale e quindi in gran parte non autofinanziato con il diretto o indiretto pagamento dei servizi da parte dell'utente, in gran parte inadeguato e soprattutto quantomai disomogeneo dal punto di vista territoriale.

Difficilmente il Sistema può reggere economicamente e professionalmente all'impatto in assenza di linee guida e schemi comportamentali nuovi, frutto di nuove originali elaborazioni "filosofiche" prima ancora che scientifiche o tecniche.

Nell'individuare l'Odontoiatria potrebbe avere un ruolo molto importante, ma la sua classe dirigente, sia in campo scientifico che associativo, non è attualmente in grado di interpretarlo.

Novità sul fronte dell'allergia

GRAZAX® tablet dimostra una notevole efficacia sin dal primo giorno della prima stagione pollinica delle graminacee

Antonio Schiavulli

Secondo i nuovi dati forniti dallo studio clinico GT-o8 presentato al recente congresso annuale (10-14 giugno 2006), dell'European Academy of Allergology and Clinical Immunology a Vienna, Austria, GRAZAX®, l'innovativo vaccino in compresse sublinguali per il trattamento dell'allergia al polline di graminacee, dimostra una notevole efficacia già dal primo giorno della prima stagione di trattamento.

GRAZAX® è il primo trattamento immunoterapico sublinguale in compresse orosolubili in corso di registrazione nei Paesi Europei.

Nuovi dati in confronto con placebo mostrano risultati molto significativi ($P > 0,0001$) con una riduzione dei sintomi della rinocongiuntivite (-43%) e dell'uso di farmaci sintomatici (-68%) già dal primo giorno della prima stagione di trattamento con GRAZAX®. Questi risultati positivi sono stati confermati dal comportamento riferito a tutta la stagione pollinica, con una notevole riduzione dei sintomi (-30%) ($P < 0,0001$) e dell'uso di sintomatici (-38%) ($P < 0,0001$). Inoltre, l'82% dei pazienti trattati con GRAZAX® hanno risposto al trattamento: il 49% in più rispetto al gruppo placebo.

Confrontata con i tradizionali farmaci sintomatici, l'immunoterapia specifica (ITS) è una terapia innovativa, riconosciuta dal WHO come l'unico trattamento che mira alla causa immunologica dell'allergia, modificando il corso naturale della malattia. È riconosciuto da molto tempo che l'ITS iniettiva sottocutanea possiede un'azione terapeutica causale ed un'efficacia preventiva sui sintomi nei pazienti con rinite allergica. Gli specialisti hanno atteso con ansia risultati conclusivi degli studi che confermassero

GRAZAX® quale trattamento immunoterapico pratico e di facile somministrazione per la prevenzione dei sintomi ed il trattamento della malattia allergica.

“Siamo entusiasti degli importanti risultati mostrati dal GT-o8. Mentre i farmaci per il trattamento sintomatico di rinite e congiuntivite allergica sono generalmente disponibili per i pazienti, l'accesso all'immunoterapia causale è stato sinora limitato. In Europa, i servizi specialistici dove effettuare un trattamento causale all'allergia da polline sono accessibili solo a poche persone - e con lunghe liste d'attesa.

Ora, con GRAZAX®, abbiamo un trattamento che può essere somministrato velocemente e facilmente a casa del paziente”, ha detto il Prof. Dr. Claus Bachert, Dipartimento ORL, Università di Gant (Belgio).

I partecipanti dello studio GT-o8 avevano un'anamnesi positiva di rinocongiuntivite allergica da polline di graminacee di durata pari o superiore ai due anni, con necessità di trattamento durante la stagione pollinica. Lo studio ha evidenziato come GRAZAX® abbia permesso di ridurre drasticamente i sintomi della rinocongiuntivite; è di rilievo il fatto che la maggior parte dei partecipanti abbiano considerato il trattamento molto vantaggioso.

“È incoraggiante osservare come GRAZAX® abbia effetti positivi fin dall'inizio della prima stagione di trattamento. Questi risultati rappresentano un altro importante passo nel rendere GRAZAX® disponibile ai pazienti allergici in Europa”, ha detto Henrik Jacobi, EVP of Research and Development in ALK Abellø.

Il 14 Marzo 2006, la Swedish Medical Products Agency ha autorizzato GRAZAX®

per il trattamento dell'allergia al polline di graminacee. ALK Abellò ha ora presentato domande di registrazione in altri paesi europei attraverso la procedura di mutuo riconoscimento. ALK Abellò prevede di poter lanciare GRAZAX® nei primi mercati europei tra la fine del 2006 e l'inizio del 2007 in tempo per la prossima stagione pollinica.

GRAZAX®

GRAZAX® è una immunoterapia sublinguale in compresse orosolubili, da assumere una volta al giorno, e costituisce la nuova base per il trattamento dell'allergia al polline delle graminacee.

Mira alla causa di fondo dell'allergia inducendo una risposta immune protettiva, riduce e potenzialmente cura la reazione allergica al polline. GRAZAX® è un trattamento vantaggioso che, somministrato in compresse sublinguali a rapida dissoluzione, può essere assunto dal paziente a casa.

In questo modo, GRAZAX® offre una nuova speranza all'alto e crescente numero di pazienti allergici, dal momento che il nuovo metodo di somministrazione è più conveniente e facile, persino nei paesi dove i servizi allergologici specialistici sono carenti.

Lo studio GT-o8

Lo studio GT-o8 è uno studio multicentrico di fase IIIb, in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo, disegnato per valutare l'efficacia clinica e la sicurezza di GRAZAX®. Iniziato nel tardo 2004, lo studio ha incluso 634 pazienti (allergici alle graminacee) in 51 cliniche in Danimarca, Germania, Italia, Paesi Bassi, Spagna, Regno Unito, Austria e Svezia. Tutti i pazienti erano affetti da rinite allergica da moderata a grave, con o senza asma, e randomizzati a ricevere GRAZAX® o placebo quotidianamente.

Lo studio GT-o8 si prolungherà per ulteriori 4 anni al fine di documentare i benefici a lungo termine di GRAZAX®.



ALK Abellò

ALK Abellò è impegnata a migliorare la qualità di vita delle persone allergiche grazie allo sviluppo di farmaci che mirino alla causa delle malattie allergiche.

ALK Abellò è leader mondiale nella ricerca di trattamenti immunoterapici - l'unico approccio terapeutico che induce una risposta immune protettiva con riduzione dei sintomi che continua anche dopo l'interruzione della terapia. L'immunoterapia specifica è tradizionalmente effettuata tramite iniezioni sottocutanee o gocce sublinguali. ALK-Abellò mira ad estendere l'uso dell'immunoterapia attraverso la somministrazione di pratiche compresse orosolubili per il trattamento domiciliare, offrendo così a molti più pazienti un trattamento causale per la loro allergia. Il Gruppo ha più di 1.200 dipendenti con filiali, laboratori di produzione e distributori in tutto il mondo. ALK Abellò ha sede principale a Horsholm (Danimarca) ed è quotata alla Copenhagen Stock Exchange (Borsa Azionaria Danese).

Journal of the
World Allergy Organization



Official organ of
INTERASMA



ACI International - Journal of the WAO is unique. No other periodical in this field provides such a readable format, allowing all those involved with allergy and practical immunology to vigorously exchange ideas, criticisms, and news, and of course to keep up to date with the latest high-quality scientific work. **ACI - J WAO** provides you with:

- Selected original articles of particularly unique significance, regarding either research or clinical practice in allergology, or in applied immunology
- Commissioned reviews of major clinical and research topics in allergy and applied immunology
- **WebWatch:** Designed to reflect the increasing impact of the internet on medical practice, this feature keeps readers informed about valuable online resources and allergy/immunology-related topics appearing on the internet
- **Clinical Case Reports:** featuring unusual and informative single case studies
- Discussions of changing regulatory requirements, and how these will impact on your future medical practice and research activities
- Occasional Interviews with leading allergologists and immunologists
- Horizons, keeping you abreast of news and developments from allergy and clinical immunology societies around the world
- **INTERASMA News** – the official newsletter of the International Association of Asthmology (INTERASMA)

ACI - J WAO is indexed/abstracted in:

EMBASE/Excerpta Medica, the Cinahl Database, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature®, the Doctors Guide-Global Edition, and the Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases. Ranked among the world's top ten allergy journals by MDLinx.com, awarded a four-star rating by the clinical reference Medical Matrix, listed in the Doctors' Guide to the Internet Global Edition.

If you are interested in submitting a paper, please contact the Managing Editor at one of the addresses below.

- All papers fully peer-reviewed
- Read by thousands of allergists throughout the world – your paper gets the widest possible exposure
- Encourages full-color illustrations

ISSN 0838-1925, 6 issues per annual volume

Subscription rates:

US \$ / € 110.00 for Libraries and Institutions

US \$ / € 87.50 for Individuals

US \$ / € 54.00 for WAO members

(+ US \$ / € 12.00 p+h per subscription)

Features of www.acii.net:

- Abstracts and (for subscribers) full-text of published papers
- E-mail addresses of authors and members of the editorial board
- Worldwide meeting calendar
- The guide to authors, aims and goals of the journal
- Details about the WAO and Interasma, their activities, scope and purposes
- Media information (also available from the publisher)
- Links to important sites in the field of allergy/immunology



Hogrefe & Huber Publishers, 875 Massachusetts Avenue, 7th Floor, Cambridge, MA 02139, USA. Fax: +1 (617) 354-6875
Hogrefe & Huber Publishers, Rohns Weg 25 • D-37085 Göttingen, Germany. Fax: +49 551 49609-88
E-mail: acii.net@hogrefe.com

Scene dall'ACCP Capitolo Italiano

Napoli 4-6 maggio 2006



Lo scorso 4-6 maggio 2006 si è tenuto alla Città della Scienza di Napoli il Meeting Nazionale dell'ACCP Capitolo Italiano. Hanno partecipato in qualità di co-chairmen: il Dott. Francesco de Blasio, il Dott. Mario Del Donno e il Dott. Mario Polverino. I Presidenti del congresso sono stati il Prof. Dario Olivieri e il Prof. Giuseppe U. Di Maria.

Il Congresso ha registrato un alto numero di partecipanti con più di 750 presenze (120 accademici) e più di 20 aziende farmaceutiche e non presenti nell'area stand. Le due migliori relazioni orali nel campo della ricerca clinica e della medicina di base sono state premiate con 1500 Euro e la quota associativa ACCP annuale gratuita.

I premi sono stati conferiti al Dott. Gianluca Biscione di Velletri (per ricerca clinica) e al Dott. Andrea Zannini di Parma (medicina di base).

Il Presidente dell'ACCP Michael W. Alberts, MD, FCCP, l'Editor in Chief Richard S. Irwin, MD, FCCP e Alvin Lever, FCCP (Hon) ACCP CEO hanno presenziato tra le parti invitate e partecipato attivamente alla suggestiva cerimonia di apertura con i premi di riconoscimento ai giovani ricercatori.

Il Prof. Giuseppe U. Di Maria, Regent Internazionale per il Capitolo Italiano, ha comunicato la nomina di nuovo regent internazionale al Dott. Francesco de Blasio conferita all'unanimità dal Board del Capitolo Italiano.





Una piacevole sorpresa



Un DVD inaspettato
che può essere vostro
contattando la VIVISOL
tel. 039-2396359
fax 039-2396392
www.vivisol.com

MIDIA
EDIZIONI

Dagli atti dell'ATS

San Diego, CA 19-24 maggio 2006

American Thoracic Society, International Conference



Bassi livelli di vitamina D nella dieta e funzione polmonare negli adolescenti

Low Levels of Dietary Vitamin D Intake and Pulmonary Function in Adolescents

J.S. Burns, Sc.D., D.W. Dockery, Sc.D., F.E. Speizer, M.D., Boston, MA

Gli adolescenti, che spesso presentano cattive abitudini dietetiche, per la loro rapida crescita fisica, possono risultare particolarmente vulnerabili agli effetti di carenze dietetiche. Abbiamo verificato l'associazione tra uno scarso introito dietetico di vitamina D e la funzione polmonare di 2.112 adolescenti, di età compresa tra 16 e 19 anni, in dodici città in U.S.A. e Canada. Abbiamo misurato a scuola la funzione polmonare (FVC, FEV₁, FEF₂₅₋₇₅%), l'altezza e il peso e somministrato un questionario semiquantitativo sulla frequenza dei pasti, disegnato in base alle preferenze e ai comportamenti alimentari degli adolescenti. Sebbene la dose media giornaliera di vitamina D tra questi adolescenti fosse di 289 UI, il 35% era al di sotto della dose adeguata (DA) di 200 UI raccomandata per questo gruppo dall'Institute of Medicine. Abbiamo accertato la percentuale del livello teorico della funzione polmonare associata con un basso introito di vit. D utilizzando un modello ad effetti misti, il logaritmo regressivo di FVC, FEV₁, FEF₂₅₋₇₅% sul logaritmo di altezza e peso, il sesso, l'interazione del logaritmo altezza-sesso, la città, la razza, l'età, il sovrappeso e l'abitudine tabagica. I predittori, incluso un basso valore di vit. D, furono trattati come effetti fissi, mentre la città come effetto random. Abbiamo definito come introito dietetico basso di vit. D il quintile inferiore dell'introito di vit. D aggiustato per le calorie (meno di 157 UI) in questa coorte e abbiamo confrontato i quattro quintili superiori combinati.

Un introito dietetico basso era associato a valori significativamente inferiori di FEV₁ (-1,3%; IC del 95%: -2,4%, -0,1%, p = 0,03) e FEF₂₅₋₇₅% (-2,6%; IC del 95%: -5,0%, -0,2%, p = 0,04), ma non significativi per FVC (-0,6%; IC del 95%: -1,6%, 0,5%). Non fu riscontrata differenza rispetto al sesso. Questi risultati suggeriscono che la vit. D nella dieta sia un importante micronutriente per la funzione polmonare. La promozione di un introito dietetico di vit. D che risponda ai valori di DA per assicurare una funzione polmonare ottimale dovrebbe diventare un importante obiettivo di sanità pubblica.

L'upregulation della proteina DPP10 si associa al fumo di sigaretta e alla BPCO

DPP10 Protein Upregulation Is Associated with Cigarette Smoke and COPD

L.G. Tsaprouni, PhD, K. Ito, PhD, W.C. Cookson, MD, P.J. Barnes, DM, I.M. Adcock, PhD, London, England

La dipeptidil-peptidasi 10 (DPP10) appartiene alla famiglia delle serine-proteasi S9B ed è espressa nel cervello e nel pancreas dei roditori e degli umani. Una mappa dello squilibrio del legame del polimorfismo di un singolo nucleotide (SNP) ha mostrato un'associazione limitata agli esoni iniziali del gene della DPP10 (3,6 kb), con un massimo effetto nell'asma grave (Allen M. et al., *Nature Genetics* 2003). Scopo di questo studio era di determinare gli effetti del fumo di sigaretta sull'espressione e sulla funzione di DPP10 *in vivo* e *in vitro*. La DPP10 fu localizzata nell'epitelio delle vie aeree dei pazienti BPCO e nel citoplasma e nelle membrane citoplasmatiche di cellule Beas-2B. La proteina DPP10 misurata con Western blotting risultava *upregolata* di tre volte nelle biopsie di BPCO rispetto all'asma (incremento di due volte) e ai campioni di controllo. L'estratto di fumo di sigaretta (CSE) causò



VISTI A SAN DIEGO



una significativa upregulation dell'espressione di DPP10 nelle cellule Beas 2B (n = 3) in modo concentrazione-dipendente (max. a 0,15 dl) e tempo-dipendente (max. 4h). La DPP10 CSE-stimolata è stata in grado di rompere la chemokina IL-17 (7% di rottura), che si ritiene giochi un ruolo importante nella BPCO. Questi risultati suggeriscono che la DPP10 possa giocare un ruolo importante nella regolazione della BPCO e che ulteriori caratterizzazioni della sua funzione potrebbero portare a una migliore comprensione della sua fisiopatologia in altre malattie respiratorie.

Il rischio di tumore polmonare nel tempo dopo la cessazione dell'esposizione all'asbesto blu e al fumo

The Risk of Lung Cancer with Time Since Ceasing Exposure to Blue Asbestos and Quitting Smoking

A.W. Musk, MD, A. Reid, MSc, G.L. Ambrosini, MPH, G. Berry, PhD, N.H. de Klerk, PhD, Perth, Western Australia, Sydney, New South Wales, Australia

Scopo: Esaminare come il rischio di tumore del polmone si riduca con l'aumentare del tempo dopo la cessazione dell'esposizione all'asbesto e al fumo di sigaretta e di determinare l'effetto relativo dell'esposizione all'asbesto sul cancro del polmone in non fumatori rispetto a fumatori attivi.

Metodi: Una coorte di 2700 ex-lavoratori nelle miniere e nelle fabbriche di crocidolite a Wittenoom, che risposero ad un questionario sul fumo distribuito per la prima volta nel 1979, nei quali la stima quantitativa all'esposizione all'asbesto era nota, furono seguiti fino al 2002 per valutare l'incidenza del cancro del polmone. Per correlare esposizione all'asbesto, categoria di fumatori e rischio di cancro del polmone fu utilizzata la regressione logistica condizionale.

Risultati: Il 18% della coorte risultò di non aver mai fumato. Il 66% dei casi e il 50% dei non casi erano fumatori correnti. Fumatori attuali: <20 sigarette/die (OR = 6,8 IC del 95% 2,0 ± 22,8) o >20 sigarette/die (13,2 IC del 95% 4,1 ± 42,3), ex-fumatori che avevano smesso entro 6 anni dall'indagine (OR = 22,5 IC del 95% 5,7 ± 88,7) e quelli che avevano smesso di fumare 10-19 anni prima dell'indagine (OR = 8,9 IC del 95% 2,7 ± 30,3) presentavano rischi superiori di cancro del polmone rispetto ai

non fumatori, dopo l'aggiustamento per il rischio cumulativo per esposizione all'asbesto e per età. L'effetto asbesto tra i non-, gli ex-(>20 anni) e gli attuali fumatori era di 1,44 (IC del 95% 0,63-3,29).

Conclusioni: Rispetto ai non fumatori esposti all'asbesto e al tabacco, i fumatori che poi avevano smesso presentavano un aumentato rischio di cancro polmonare fino a 20 anni dopo la sospensione del fumo. L'effetto asbesto suggerisce che il rischio relativo da esposizione all'asbesto è superiore per i non- e gli ex-fumatori (>20 anni) rispetto ai fumatori correnti. Dopo la sospensione del fumo il rischio di tumore polmonare nelle persone esposte all'asbesto blu è lento a ridursi.

Immunoparalisi indotta dal ventilatore

Ventilator-Induced Immunoparalysis

G.M. Albaiceta, MD, A. Fernandez, MD, D. Parra, MD, J.A. Gonzalo, MD, E. Garcia-Prieto, MD, F. Taboada, MD, PhD, Oviedo, Asturias, Spain

Razionale: L'immunoparalisi, definita come la riduzione nell'espressione di superficie delle molecole di classe II del complesso principale di istocompatibilità nei monociti (MHC), è stata associata ad un incremento della mortalità e morbidità nei pazienti critici. Molte condizioni (sepsi, ustioni, chirurgia, traumi) possono produrre immunoparalisi. Abbiamo ipotizzato che anche la ventilazione meccanica potesse esserne una causa.

Metodi: Topi svizzeri pretrattati con endotossina intraperitoneale furono anestetizzati e ventilati per via tracheostomica. Gli animali erano randomizzati in tre gruppi: non ventilati (n = 12), in ventilazione a bassa (n = 12) od elevata (n = 10) pressione (pressione di picco/PEEP rispettivamente di 24/4 e 35/0 cm H₂O). Quattro animali nel gruppo ad alta pressione furono trattati con g-IFN interferone (IFN). Dopo un'ora di ventilazione, abbiamo prelevato un campione di sangue con una puntura cardiaca. Su questo campione, usando l'indice di fluorescenza media (MFI), con flussocitometria abbiamo identificato i monociti e misurato gli antigeni di classe II-MHC. Abbiamo inoltre misurato lo scambio gassoso e il rapporto peso del polmone umido/peso del polmone secco. I risultati sono stati confrontati usando l'analisi della varianza.



European Respiratory
Society

EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY ANNUAL CONGRESS SEPTEMBER 2–6, 2006



Munich – Germany

ABSTRACT SUBMISSION DEADLINE: February 23, 2006

GENERAL INFORMATION: ERS Headquarters – 4, Ave Sainte-Luce – CH-1003 Lausanne – Switzerland
Tel: +41 21 213 01 01 – Fax: +41 21 213 01 00 – E-mail: info@ersnet.org – www.ersnet.org

Risultati:

	Nessuna ventilazione	Bassa pressione	Alta pressione	+g-IFN
PaO ₂ /FiO ₂	533 ± 136	207 ± 160*	103 ± 29*	171 ± 84*
Peso umido/secco	3,87 ± 0,4	4,31 ± 0,2	6,24 ± 0,5*	5,25 ± 1*
MFI	639 ± 235	420 ± 335	276 ± 159*	683 ± 467

* p < 0,05 nell'ANOVA (analisi della varianza) e nel test post-hoc di Dunnet (vs non-ventilati)

Non c'era alcuna differenza nella PaCO₂, nel pH e nella conta dei monociti ematici.
Conclusioni: La ventilazione meccanica cruenta può produrre immunoparalisi. Il g-IFN può invertire questo fenomeno.

Definire la relazione tra allergia alimentare e morbidità per asma negli adulti

Assessing the Relationship between Food Allergy and Asthma Morbidity in Adults
S. Berns, MS, E.A. Halm, MD, MPH, S. Sicherer, MD, H. Sampson, MD, P. Busse, MD, J.P. Wisnivesky, MD, MPH, New York, NY

Premessa: L'allergia alimentare si associa ad un incremento della morbidità per asma nei bambini. Non è invece noto se l'allergia ai cibi rappresenti un fattore di rischio di aumentata morbidità per asma negli adulti.

Obiettivo: Verificare se l'allergia alimentare sia associata a più sfavorevoli outcome in adulti.

Metodi: Abbiamo intervistato una coorte di 203 adulti asmatici seguiti in una clinica cittadina da un anno. Sono stati definiti i criteri per definire l'allergia a noccioline, noci, crostacei, pesci e semi stabiliti sulla base di sintomi convincenti riportati dai pazienti in base a definizioni note. Le variabili di outcome riguardavano l'accesso al Pronto Soccorso [PS] e i ricoveri ospedalieri per asma, pregresse intubazioni e uso di steroidi orali durante l'ultimo anno.

Risultati: L'età media dei pazienti era di 48 ± 13 anni; l'86% erano donne e il 79% erano non bianchi. La prevalenza di sintomi autoriportati di allergia alle noccioline, noci, pesci, crostacei e semi era rispettivamente di 2,5%, 2,5%, 3,0%, 13,0% e 1,0%. I pazienti con sintomi convincenti di allergia a noccioline e pesci avevano un rischio aumentato di pregresse ospedalizzazioni per

asma (p < 0,05). In modo analogo, sintomi convincenti di allergia a semi e pesci erano associati ad un maggior numero di ospedalizzazioni nell'ultimo anno (p < 0,01). Un aumentato numero di visite in PS è stato riscontrato tra i pazienti con allergia a noci e pesci (p < 0,03). I pazienti con sintomi convincenti di allergia a noccioline avevano un aumentato rischio di pregresse intubazioni (p = 0,04) e quelli con sintomi convincenti di allergia a crostacei e pesci erano risultati più esposti all'uso di steroidi nell'ultimo anno (rispettivamente, p = 0,09 e 0,07).

Conclusioni: L'allergia autoriferita a noccioline, noci, pesci e semi si associava ad outcome più sfavorevoli negli asmatici adulti. Questi dati suggeriscono che l'allergia ai cibi può essere un marker di aumentata gravità dell'asma.

Uso della maschera laringea per intubazione (ILMA) nei pazienti svegli gravemente obesi (EO) con apnea ostruttiva nel sonno (OSA)

Use of the Intubating Laryngeal Mask Airway (ILMA) in Awake Extremely Obese (EO) Patients with Obstructive Sleep Apnea (OSA)
R.J. Patel, MD, N.W. Brister, MD, PhD, T.P. Smith, S.P. Reed, E.C. Gewirtz, MD, R.E. Barnette, MD, Philadelphia, PA

Si dà importanza all'intubazione endotracheale da svegli nei pazienti EO con OSA nel tentativo di minimizzare la morbidità e la mortalità.

L'ILMA è stata usata dopo induzione di anestesia nei pazienti EO. Riportiamo l'uso di ILMA in 12 (peso 156 ± 21 kg, classe Mallampati 2,7 ± 0,6) pazienti EO svegli con OSA in nota per chirurgia bariatrica (BS). Si tratta di uno studio retrospettivo approvato dall'IRB; i pazienti sono stati trattati al Temple University Hospital dal 30 giugno 2003 al 23 maggio 2005. Sono stati somministrati

midazolam ($15,9 \text{ mcg/kg} \pm 8,2$) e fentanyl ($0,95 \text{ mcg/kg} \pm 0,65$) per ottenere una sedazione moderata. L'orofaringe e l'area sopraglottica sono stati anestetizzati con lidocaina topica gel 5% e lidocaina spray (4 cc) 4%. È stato prodotto un blocco transtracheale (puntura della membrana cricotiroidea con un ago corto 23-G) con lidocaina 4% (4 cc). Tutti i 12 pazienti furono intubati svegli senza problema al primo tentativo utilizzando la tecnica standard ILMA. La CO_2 end-tidal e l'ascoltazione bilaterale confermarono l'intubazione. La pulsossimetria evidenziò valori accettabili di saturazione arteriosa durante tutta la procedura. La PA sistolica e la frequenza cardiaca pre- (140 ± 20 ; 85 ± 18); durante (106 ± 11 ; 76 ± 14) ed immediatamente dopo (109 ± 13 ; 75 ± 12) l'intubazione indicavano uno stress cardiovascolare minimo associato a questa tecnica. Undici pazienti furono estubati in camera operatoria dopo chirurgia; i restanti furono mantenuti intubati per la notte a causa di un insufficiente volume corrente e della ventilazione minuto. Nessun paziente richiese reintubazione o chirurgia

ulteriore. Nessun paziente presentò aspirazione o complicazioni polmonari post-operatorie. In conclusione, L'intubazione da svegli tramite l'ILMA rappresenta una possibile alternativa nel controllo delle vie aeree di pazienti EO con OSA programmati per BS.

Insufficienza respiratoria acuta ipercapnica (AHRF) e uso di ventilazione non invasiva nei pazienti anziani: studio randomizzato-controllato

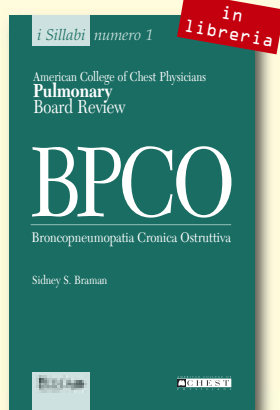
Acute Hypercapnic Respiratory Failure (AHRF) and Use of Non-Invasive Ventilation in Elderly Patients: A Randomized Controlled Trial

M. Delmastro, MD, A. Carlucci, MD, E. Clini, MD, G. Domenighetti, MD, P. Ceriana, MD, F. Duchini, MD, A. Perren, MD, L. Trianni, MD, S. Nava, MD, Pavia, Gaiato, Italy, Locarno, Bellinzona, Switzerland

I pazienti anziani presentano un aumento della prevalenza di malattie che richiedono interventi in ambienti intensivi. La maggior parte delle volte questi pazienti non sono presi in considerazione per l'intubazione endotracheale (ETI) sia per la mancanza di letti in UTI sia per le direttive di non intubazione (DNI). Quando l'ETI risulta

Collana

i Sillabi



Direttamente a casa tua.

Telefona al
numero verde **800-601715**

problematica, la ventilazione non-invasiva (NIV) può rappresentare il trattamento di scelta per l'AHRF. In questo studio multicentrico, randomizzato e controllato, 67 pazienti anziani (>76 anni) con AHRF, furono randomizzati a ricevere NIV (33 pazienti) (gruppo A) o trattamento medico standard (34 pazienti) (gruppo B). All'ingresso i due gruppi non differivano per età ($80,5 \pm 5$ anni (A) vs $80,7 \pm 4$ anni (B)) e per gravità (SAPS II 31 ± 6 vs 28 ± 7), ma il gruppo B presentava un valore inferiore di pH ($7,29 \pm 0,04$ vs $7,32 \pm 0,03$, $p = 0,026$). Nel gruppo A il trattamento fu favorevole nel 97% dei pazienti vs il 33% del gruppo B ($p < 0,001$), il primo gruppo presentando un più rapido miglioramento dello scambio dei gas, della frequenza respiratoria e dell'indice di dispnea. 19/22 pazienti che fallirono il trial con il trattamento medico standard e soddisfecero i pre-definiti criteri per l'ETI, furono passati a NIV come terapia di ripiego, con un tasso di successo del 96%. Il tasso di mortalità nel gruppo A fu del 3% vs il 9% del B ($p < 0,05$).

Nei pazienti anziani con AHRF e quando l'ETI risulti problematica o non possibile, il precoce uso di NIV porta ad un miglioramento clinico e fisiologico e ad una riduzione del tasso di mortalità. In questi pazienti la NIV può essere efficacemente usata come terapia di soccorso quando i criteri di intubazione sono soddisfatti.

Confronto tra l'introito calorico e i bisogni energetici teorici nei pazienti in ventilazione meccanica in UTI

Comparison between Caloric Intakes and Theoretical Energy Needs in Mechanically Ventilated Medical ICU Patients

F. Dachraoui, MD, C. Faisy, MD, PhD, N. Lerolle, MD, E. Guerot, MD, J.L. Diehl, MD, J.Y. Fagon, MD, PhD, Paris, France

Introduzione: La malnutrizione è associata alla morbidità e mortalità in UTI. Il bisogno energetico dei pazienti critici può essere stimato con calorimetria indiretta ma questo metodo richiede tempo e una costosa strumentazione. In alternativa, le comuni equazioni predittive non sono state calibrate per i pazienti critici. In precedenza abbiamo descritto un nuovo semplice metodo per

calcolare il costo energetico (EE) dei pazienti in ventilazione meccanica (Faisy et al. *Am J Clin Nutr* 2003; Savard and al. *Proc Am Thorac Soc* 2005; 2: A39). Scopo del presente studio era di confrontare il costo energetico stimato utilizzando la nuova equazione e l'introito calorico durante il ricovero in UTI.

Materiali e Metodi: Abbiamo analizzato in modo retrospettivo le cartelle dei pazienti in ventilazione meccanica per più di 5 giorni consecutivi durante un periodo di ventilazione di 6 mesi. L'EE giornaliera (Kcal/die) fu calcolata come: $EE = 8 \times \text{peso (kg)} + 14 \times \text{altezza (cm)} + 32 \times \text{Ventilazione Minuto (l/m)} + 94 \times \text{temperatura corporea (°C)} - 4835$. Venivano registrati l'introito calorico prescritto (CIP) e realmente somministrato (CIA). Furono anche registrate tutte le circostanze in cui la nutrizione enterale e/o parenterale era interrotta.

Risultati: Abbiamo preso in considerazione 42 pazienti consecutivi (25 maschi). L'età media ($\pm$ DS) era di 67 ± 15 anni. Il SAPS II medio era di 47 ± 13 , la mortalità in UTI fu del 62%.

Le principali ragioni per il ricovero in UTI erano l'ARDS e lo shock settico. La degenza media in UTI fu di 22 giorni (range interquartile: 8 ± 34). L'EE calcolato era maggiore del CIP e CIA ($p < 0,0001$) durante tutta la permanenza in UTI: EE giorno 5: 1991 ± 204 ; CIP: 1020 ± 367 ; CIA: 931 ± 216 ; EE giorno 10: 2037 ± 219 ; CIP: 1065 ± 407 ; CIA: 889 ± 375 ; EE giorno 20: 1886 ± 473 ; CIP: 1187 ± 473 ; CIA: 885 ± 425 .

Conclusioni: Il nostro studio dimostra un lungo periodo di inadeguatezza tra i bisogni energetici e l'introito calorico tra i pazienti più gravi in UTI. Le conseguenze di questa inadeguatezza necessitano di ulteriori studi.

Efficacia dell'attivatore del plasminogeno tissutale intrapleurico nel trattamento di versamenti parapneumonici saccati

Efficacy of Intra-Pleural Tissue Plasminogen Activator in the Treatment of Loculated Parapneumonic Effusions

D.A. Zuckerman, MD, J.N. Foley, RN, MSN, M.F. Reed, MD, J.A. Howington, MD, Cincinnati, OH

Scopo: Stabilire la sicurezza e l'efficacia della somministrazione intrapleurica di r-TPA (alteplase) nel trattamento dei versamenti parapneumonici saccati.

Materiali e Metodi: Sedici pazienti consecutivi con versamento parapneumonico sintomatico (PPE) furono trattati in modo prospettico con l'attivatore ricombinante del plasminogeno tissutale (r-tPA) somministrato attraverso il tubo toracostomico. Tutti avevano avuto o avevano in corso una polmonite e l'evidenza di un versamento pleurico saccato di grado 1 o 2 identificato con tomografia computerizzata (TC) e/o radiografia del torace. Ogni paziente con un versamento residuo significativo ricevette una dose di 6 mg di r-tPA dopo un iniziale drenaggio del liquido pleurico. Dosi successive (fino ad un massimo di 4) furono somministrate fino a due giorni dopo la dose iniziale. Il trattamento fu considerato efficace se il PPE si risolveva e il paziente diventava asintomatico.

L'insuccesso della terapia si aveva quando il paziente doveva essere sottoposto ad intervento chirurgico (es: toracosopia) per un trattamento ulteriore.

Risultati: La media del liquido pleurico drenato era 470 ml prima del r-tPA. Un ulteriore volume medio di liquido rispettivamente di 389, 375, 439 e 338 ml fu evacuato dopo la prima fino alla quarta dose nelle successive 48 ore. Dodici su sedici soggetti (75%) presentarono completa risoluzione del loro PPE senza necessità di ulteriore terapia. Quattro richiesero (e furono trattati con successo) chirurgia in videotoracosopia (VATS) per trattare le sacche refrattarie e persistenti di liquido; nessun paziente richiese toracotomia o decorticazione. Non ci furono emorragie o altre complicazioni correlate all'uso dell'agente fibrinolitico nello spazio pleurico.

Conclusioni: La somministrazione intra-pleurica di r-tPA è sicura ed efficace per il trattamento iniziale di PPE saccati e può produrre una potenziale diminuzione delle ospedalizzazioni e ridurre i costi, se viene evitata la toracotomia e la decorticazione.

Steroidi e outcome clinici in pazienti ospedalizzati con polmonite acquisita in comunità: risultati dal Community-Acquired Pneumonia Organization (CAPO) International Cohort Study

Steroids and Clinical Outcomes in Patients Hospitalized with Community-Acquired

Pneumonia: Results from the Community-Acquired Pneumonia Organization (CAPO) International Cohort Study

R. Nakamatsu, J. Porras, C. Feldman, T. File, Jr., A. Diaz Fuenzalida, M. Mateo, J. Rello, J. Ramirez, Louisville, KY, Akron, OH, Santiago, Chile, Manila, Philippines, Johannesburg, South Africa, Tarragona, Spain

Gli steroidi hanno dimostrato di migliorare gli outcome clinici di alcune infezioni.

Non vi sono molti studi che riguardino l'uso di steroidi in pazienti ospedalizzati con polmonite acquisita in comunità (CAP).

Abbiamo ipotizzato che dosi elevate di steroidi somministrate entro le prime 24 ore di trattamento antibiotico migliorino gli outcome clinici nei pazienti ospedalizzati per CAP. Si tratta di uno studio caso-controllo con pazienti afferenti al database CAPO.

I casi erano 43 pazienti con CAP che avevano ricevuto alti dosi di steroidi all'ingresso per riacutizzazioni concomitanti di BPCO.

Ogni caso era confrontato con 3 pazienti (controlli) che non avevano ricevuto steroidi e presentavano un'età ed un indice di gravità della polmonite (PSI) simili. Come outcome clinici abbiamo misurato il tempo necessario a raggiungere la stabilità clinica (TCS), la durata della degenza (LOS) e la mortalità. Il presente studio non è riuscito a dimostrare alcun beneficio degli steroidi su mortalità e LOS. Uno studio multicentrico randomizzato recente, che usava dosi elevate di idrocortisone in pazienti con grave CAP, ha dimostrato una riduzione significativa di LOS e mortalità. Poiché l'evidenza a favore degli steroidi non è costante, al momento essi non dovrebbero essere raccomandati. Per definire il ruolo degli steroidi nelle CAP sono necessari ulteriori studi sugli outcome.

	casì	controlli	p
TCS (giorni)	3,3	4,4	0,005
LOS (giorni)	6,5	7,7	0,088
Mortalità totale (%)	7	7	NS
Mortalità CAP-correlata (%)	7	3,9	NS

Il sistema di punteggio dell'infezione polmonare da aspirazione: uno strumento di classificazione e una guida alla terapia

The Pulmonary Aspiration Infection Score: A Classification Tool and a Guide to Therapy

A.A. El Solh, MD, MPH, L. Pineda, MD, A. Aquilina, MD, V. Doppalapudi, MD, E. Berbari, RN, Buffalo, NY

Premessa: Nonostante sforzi importanti volti a migliorare i mezzi per differenziare le sindromi da aspirazione polmonare, non esiste ancora un marker clinico idoneo. Abbiamo provato ad escogitare un modello clinico che fosse in grado di assistere il medico nella prescrizione dell'antibiotico per i casi di polmonite da aspirazione e di minimizzare l'uso di trattamenti non necessari in caso di quadri polmonari di tipo infiammatorio post-aspirazione.

Metodi: Lo studio è stato condotto in modo prospettico in un'unità di cura intensiva medica collegata all'Università. In 34 mesi, sono stati arruolati 75 casi di grave aspirazione polmonare. Tutti i pazienti furono sottoposti, tramite broncoscopia protetta, a prelievi di campioni provenienti dal tratto respiratorio inferiore. Abbiamo ideato un punteggio di infezione da aspirazione polmonare (PAIS) con range 1-8 sulla base delle seguenti caratteristiche: tipo di aspirazione, quantità e qualità delle secrezioni endotracheali, quadro radiografico toracico e Gram sui campioni bronchiali. **Risultati:** L'eziologia infettiva dell'aspirazione polmonare fu verificata in 31 pazienti (69%) su 45 e classificata come polmonite da aspirazione in 5 (17%) dei 30 casi come quadro infiammatorio. Fu osservata una buona correlazione tra PAIS e batteriologia quantitativa espressa come indice batterico (BI) ($r = 0,73$; $p < 0,001$). Usando un BI $\geq$ come definizione microbiologica di infezione da aspirazione polmonare, la sensibilità e specificità del PAIS di identificare un'infezione polmonare clinica era rispettivamente del 100% (IC del 95%: 89%-100%) e del 70% (IC del 95%: 54%-83%).

Conclusioni: I nostri risultati suggeriscono che il PAIS può essere una guida utile nel classificare i pazienti con sospetta aspirazione polmonare e uno strumento in grado di orientare la terapia antimicrobica.

Caratteristiche spirometriche dell'asma grave

Spirometric Characteristics of Severe Asthma

R.L. Sorkness, PhD, The Severe Asthma Research Program (SARP, Madison, WI)

Razionale: Circa il 10% degli asmatici presenta asma grave (SA), con scarsa risposta alla terapia cortisonica ed un aumento della morbilità e dell'utilizzo delle cure sanitarie. Finanziato dal NHLBI, il SARP è una rete di 8 centri impegnati a studiare le caratteristiche ed i meccanismi dell'asma grave. Ipotizzando che l'asma grave possa avere un quadro anatomopatologico che si può manifestare con diversi aspetti dell'ostruzione delle vie aeree, abbiamo confrontato misure di ostruzione, reversibilità e iperresponsività in adulti con SA ($n = 178$) vs asmatici non gravi (NSA; $n = 247$).

Metodi: Soggetti con diagnosi medica di asma furono classificati come SA se richiedevano steroidi sistemici o alte dosi della forma inalatoria e soddisfacevano almeno 2 criteri minori correlati all'ostruzione persistente o all'instabilità dell'asma; in caso contrario si parlava di NSA. La spirometria, la reversibilità al salbutamolo e la responsività alla metacolina furono misurate in tutti i centri con procedure standardizzate. **Risultati:** Il FEV_1 fu suddiviso in una componente di limitazione al flusso (FEV_1/FVC) e in una componente di chiusura delle vie aeree (FVC % del predetto). Sia il FEV_1/FVC sia l' FVC risultarono più bassi nel gruppo SA ($p < 0,0001$). Inoltre, l' FVC era ridotta in modo sproporzionato al livello relativo di FEV_1/FVC in SA (media quadrata aggiustata FVC 78% del predetto in SA vs 92% in NSA; $p < 0,0001$), indicando una predilezione della chiusura delle vie aeree in SA. Mentre il gruppo SA presentava maggiore reversibilità ($p < 0,0001$) e maggiore responsività ($p < 0,04$), queste caratteristiche erano correlate con FEV_1/FVC , e quando confrontate con il livello di FEV_1/FVC , non vi erano significative differenze tra SA e NSA relativamente alla reversibilità e alla responsività.

Conclusioni: La limitazione al flusso aereo, la reversibilità al broncodilatatore e l'iperreattività bronchiale tendono a scalare insieme in grandezza e sono presenti sia in

Nella BPCO

 ATIMOS[®]
12 mcg
soluzione pressurizzata
per inalazione



DOVE NESSUNO È ARRIVATO MAI.

 **Chiesi**

Abbiamo portato il formoterolo là dove la sua azione è più efficace: nelle profondità delle vie aeree periferiche⁽¹⁾. Per una broncodilatazione più rapida⁽²⁾. Per una broncodilatazione più intensa⁽³⁾. Un risultato ottenuto grazie al nostro costante impegno nella ricerca. Un impegno che ci ha permesso di creare e brevettare la tecnologia Modulite^{®(4)}. Ed è proprio grazie a Modulite[®] che siamo riusciti a ottenere una deposizione polmonare del 50%⁽⁵⁾ superiore alle formulazioni in polvere.

Bibliografia

1. Hamid QA et al, Eur J Pharmacol 1991; 206: 133-138.
2. Bousquet J et al, Poster ERS 2003.
3. Kottakis J et al, Abstract presentato al Meeting dell'ATS 2001.
4. Woodcock A et al, Respir Med 2002; 96 (Suppl D): S9-15.
5. Acerbi D et al, Poster presentato all'8° Congresso dell'ACCP - Capitolo italiano.

Classe A





1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. ATIMOS 12 mcg soluzione pressurizzata per inalazione. **2. COMPOSIZIONI QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** Ogni erogazione contiene:

Principio attivo: formoterolo fumarato 12 microgrammi. Per gli eccipienti: vedi sezione 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Soluzione pressurizzata per inalazione. Contiene come propellente HFA 134a-norflurano, non dannoso per l'ozono stratosferico.

4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1 Indicazioni terapeutiche. Prevenzione e trattamento del broncospasmo in pazienti con broncopneumopatie ostruttive, quali asma bronchiale e bronchite cronica, con o senza enfisema, come pure del broncospasmo indotto da allergeni, da sforzo o da freddo. Dal momento che il farmaco è dotato di una azione molto protratta nel tempo (sino alle 12 ore), una terapia di mantenimento di due somministrazioni quotidiane è in grado di controllare quelle forme broncospastiche di frequente riscontro nelle broncopneumopatie croniche, sia di giorno che di notte.

4.2 Posologia e modo di somministrazione. La terapia è riservata agli adulti, compresi i pazienti anziani, ed ai bambini oltre i 6 anni di età. **Terapia di mantenimento e profilassi:** da uno a due spruzzi da 12 mcg (12-24 mcg) due volte al giorno. Se necessario possono essere assunti durante il giorno per il sollievo dai sintomi uno o due spruzzi aggiuntivi oltre a quelli prescritti per la terapia di mantenimento. Comunque se la necessità di spruzzi aggiuntivi è più che occasionale (per es. più di due giorni alla settimana) deve essere richiesto un ulteriore parere medico per rivedere la terapia, in quanto questo può significare che si sta verificando un peggioramento della malattia di base. **Profilassi del broncospasmo da sforzo o prima di un'inevitabile esposizione ad allergene noto:** deve essere inalato uno spruzzo da 12 mcg, con 15 minuti circa di anticipo. In pazienti con asma grave possono essere necessari due spruzzi da 12 mcg.

Istruzioni per l'uso. Per l'utilizzo eseguire le seguenti operazioni. Il buon esito del trattamento dipende da un corretto uso dell'inalatore. Prova del funzionamento dell'inalatore: prima di impiegare l'inalatore per la prima volta oppure se esso non sia stato usato per tre giorni o più, rimuovere la chiusura di protezione del boccaglio premendolo delicatamente sui lati e premere una volta nell'aria per rilasciare una erogazione in modo da assicurarsi dell'effettivo funzionamento. Nell'uso seguire attentamente le seguenti istruzioni: 1) tenere l'erogatore tra il pollice e l'indice, con il boccaglio dalla parte inferiore; 2) togliere la chiusura di protezione; 3) effettuare una espirazione completa e quindi collocare il boccaglio tra le labbra ben chiuse; 4) inspirare a lungo e profondamente con la sola bocca, contemporaneamente premere con l'indice una sola volta. Terminata l'inspirazione trattenere il respiro il più a lungo possibile. Terminate le inalazioni, richiudere il boccaglio con la chiusura di protezione. Il boccaglio va sempre tenuto pulito. La pulizia va effettuata con acqua tiepida, dopo aver estratto il contenitore sotto pressione. Nei bambini le inalazioni devono essere effettuate sotto la sorveglianza di un adulto. È utile chiudere le narici del bambino durante l'inalazione.

4.3 Controindicazioni. Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti o ad altre sostanze strettamente

correlate dal punto di vista chimico. Tachiaritmie, blocco atrioventricolare di terzo grado, stenosi subaortica ipertrofica idiopatica, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, sindrome del QT lungo idiopatica o indotta da farmaci (intervallo QTc > di 0,44 secondi), ipertiroidismo severo. Generalmente controindicato in gravidanza e nell'allattamento (vedi sezione 4.6 "Gravidanza e allattamento"). Bambini di età inferiore ai 6 anni.

4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego.

Terapia antiinfiammatoria. In generale, se viene richiesta una regolare terapia con β_2 -agonisti, i pazienti asmatici dovrebbero ricevere una regolare terapia antiinfiammatoria. Pertanto se viene raccomandata una terapia con ATIMOS si dovrebbe anche valutare la necessità di prescrivere, in aggiunta, una terapia antiinfiammatoria. Se i pazienti ricevono già tale terapia (a base di corticosteroidi inalatori od orali) questa dovrebbe essere continuata senza alcuna modifica, anche quando si manifesti un miglioramento dei sintomi. Qualora la sintomatologia persistesse o si rendesse necessario un aumento della dose di ATIMOS, vanno prese in considerazione la possibilità di un peggioramento della malattia di base e la necessità di rivedere la terapia. **Malattie concomitanti.** Deve essere posta particolare cautela, soprattutto per ciò che riguarda la dose di ATIMOS, nei pazienti che presentino in concomitanza le seguenti condizioni patologiche: cardiopatia ischemica, infarto del miocardio, ipertensione grave, aritmie cardiache, scompenso cardiaco, diabete mellito, ipertrofia prostatica, glaucoma. A causa dell'effetto iperglicemizzante dei β_2 -stimolanti, nei pazienti diabetici dovrebbero essere prescritti ulteriori controlli della glicemia. **Ipokaliemia.** La terapia con farmaci β_2 -agonisti potenzialmente può provocare una grave ipokaliemia. Particolare cautela deve essere posta in pazienti affetti da asma grave poiché questo effetto può essere potenziato dall'ipossia e da trattamenti concomitanti. Si raccomanda di monitorare i livelli plasmatici di potassio in queste particolari condizioni.

Broncospasmo paradossso. Come per altre terapie inalatorie, si deve tenere presente la possibilità di insorgenza di broncospasmo paradossso. In questi casi la terapia deve essere immediatamente sospesa e deve essere istituita un'altra terapia. Si raccomanda di attenersi scrupolosamente alla posologia consigliata per evitare l'insorgenza di gravi effetti collaterali, soprattutto di tipo cardiovascolare. Questa specialità medicinale contiene una piccola quantità di etanolo (alcol), inferiore a 100 mg per dose. Per chi svolge attività sportiva: l'uso del farmaco senza necessità terapeutica costituisce doping e può determinare comunque positività ai test anti-doping. Consentita sola somministrazione inalatoria per prevenzione e/o cura asma e asma da esercizio fisico.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione. ATIMOS contiene una piccola quantità di etanolo. Esiste la teorica possibilità di un'interazione con disulfiram o metronidazolo, in soggetti particolarmente sensibili in trattamento con tali farmaci. Farmaci come la chinidina, la diisopiramide, la procainamide, le fenotiazine, gli antistaminici e gli antidepressivi triciclici possono provocare un prolungamento dell'intervallo QT ed aumentare il rischio di aritmie ventricolari (vedi anche sezione 4.3 "Controindicazioni"). La somministrazione contemporanea di altri farmaci ad azione adrenergica non è raccomandabile, a causa della possibilità di un potenziamento degli effetti collaterali cardiovascolari. La contemporanea somministrazione di ATIMOS a pazienti in trattamento con inibitori delle MAO o con antidepressivi triciclici deve essere effettuata con cautela, perché può risultare potenziata l'azione dei β_2 -agonisti sul sistema cardiovascolare. Il trattamento concomitante con derivati xantini, steroidi o diuretici può potenziare l'effetto ipokaliemizzante dei β_2 -stimolanti. L'ipokaliemia indotta da β_2 -stimolanti può aumentare la possibilità di insorgenza di aritmie cardiache nei pazienti trattati con digitalici (vedi anche sezione 4.4 "Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego").

I beta-bloccanti possono diminuire o antagonizzare l'effetto di ATIMOS. Pertanto il farmaco non dovrebbe essere somministrato contemporaneamente a farmaci beta-bloccanti (inclusi i colliri) se non in caso di effettiva necessità.

4.6 Gravidanza ed allattamento. La sicurezza di ATIMOS durante la gravidanza e l'allattamento non è ancora stata stabilita. L'uso in gravidanza dovrebbe essere evitato per quanto possibile. Come per altri farmaci β_2 -stimolanti, il formoterolo può inibire il travaglio a causa dell'effetto rilassante sulla muscolatura liscia uterina. Non è noto se il formoterolo passi nel latte materno. La sostanza tuttavia è stata ritrovata nel latte delle ratte trattate. Le madri che assumono ATIMOS non dovrebbero allattare. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Effetti indesiderati come il tremore o l'agitazione, qualora presenti, possono influenzare la capacità di guidare veicoli o di azionare macchinari.

4.8 Effetti indesiderati. Sistema muscolo scheletrico. Rari: crampi muscolari, mialgia. **Apparato cardiovascolare.** Occasionali: palpitazioni. Rari: tachicardia. **Sistema Nervoso Centrale e Periferico.** Occasionali: tremori, mal di testa. Rari: agitazione, capogiri, ansia, nervosismo, insonnia. **Apparato Respiratorio.** Occasionali: esacerbazioni dell'asma, dispnea, tosse. Rari: broncospasmo paradossale. **Irritazione locale.** Rari: irritazione del cavo orofaringeo. **Altri.** Occasionali: stanchezza. In casi isolati si sono verificati: prurito, irritazione congiuntivale ed edema delle palpebre, disgeusia, esantema, nausea.

4.9 Sovradosaggio. Sintomi. L'iperdosaggio da ATIMOS provoca sintomi tipici dei β_2 -stimolanti quali nausea, vomito, mal di testa, tremori, sonnolenza, palpitazioni, tachicardia, aritmia ventricolare, ipotensione/ipertensione, acidosi metabolica, ipokaliemia, iperglicemia. **Trattamento.** Terapia sintomatica o di supporto aspecifico. Ospedalizzazione nei casi più gravi. Può essere preso in considerazione l'uso di beta-bloccanti cardiosellettivi, tuttavia questo trattamento deve essere effettuato con estrema cautela, poiché l'impiego di una terapia con β -bloccanti comporta il rischio di provocare un episodio acuto d'asma. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE.**

5.1 Proprietà farmacodinamiche. Categoria farmacoterapeutica: agonista selettivo dei recettori β_2 -adrenergici; formoterolo fumarato. Codice ATC: R03AC13. Il formoterolo è un potente agonista selettivo dei recettori β_2 -adrenergici. Manifesta un pronunciato effetto broncodilatatore nei pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva reversibile. Il formoterolo ha un inizio d'azione rapido (entro 1-3 minuti) ed il suo effetto broncodilatatore si protrae sino a 12 ore dall'assunzione. A dosi terapeutiche, effetti collaterali cardiovascolari insorgono solo occasionalmente. Il formoterolo riduce marcatamente la liberazione di istamina e di leucotrieni da mast-cellule polmonari umane sensibilizzate passivamente. Negli studi sperimentali sono state evidenziate anche proprietà antinfiammatorie quali inibizione dell'edema ed accumulo delle cellule infiammatorie. Il preparato si è dimostrato altamente efficace nella prevenzione e nel trattamento della broncocostrizione indotta da allergeni, in quella da sforzo o da freddo, da istamina o da metacolina.

5.2 Proprietà farmacocinetiche. Assorbimento. Come riportato per altri farmaci somministrati per via inalatoria, il formoterolo per via inalatoria viene assorbito in misura ridotta attraverso il polmone, mentre in misura maggiore viene deglutito ed assorbito dal tratto gastrointestinale. Dosi orali fino a 300 microgrammi di formoterolo fumarato vengono rapidamente assorbite nel tratto gastrointestinale. La sostanza immodificata raggiunge il picco di concentrazione plasmatica tra 30 minuti ed 1 ora dopo la somministrazione. L'assorbimento di una dose orale attraverso il tratto gastrointestinale è del 65% o più. La farmacocinetica della sostanza attiva è di tipo lineare a dosi fino a 300 mcg per via orale. Somministrazioni orali ripetute di dosi fino a 160 mcg al giorno non hanno portato a fenomeni di accumulo nel plasma. Dopo inalazione di una dose singola di 120 mcg, il formoterolo viene rapidamente assorbito nel plasma, raggiungendo una concentrazione

massima entro circa 10 minuti, dell'ordine dei picogrammi/ml. L'assorbimento è risultato lineare nel range di dosi di 12-96 mcg per via inalatoria. **Distribuzione.** Il formoterolo si lega alle singole proteine plasmatiche in una percentuale del 61-64% (per il 34% all'albumina) e non si osserva saturazione dei siti di legame nell'ambito delle concentrazioni raggiunte dopo somministrazione di dosi terapeutiche. **Metabolismo.** Il formoterolo viene eliminato principalmente attraverso un meccanismo di glucuronazione diretta della molecola, che dà origine ad un coniugato inattivo. Un altro meccanismo di eliminazione è quello della O-demetilazione seguito da glucuronazione. Il metabolismo avviene principalmente a livello epatico. **Eliminazione.** Dopo una singola somministrazione per via inalatoria, l'escrezione urinaria cumulativa aumenta linearmente con la dose nel range di 12-96 mcg; in media viene escreto l'8% ed il 25% della dose, come formoterolo invariato e formoterolo totale, rispettivamente. Dopo la somministrazione di una singola dose inalatoria di 120 mcg, è stata determinata una emivita di eliminazione terminale di 10 ore. Dopo somministrazione orale il 67% della dose è escreta nelle urine (principalmente in forma metabolizzata) ed il resto nelle feci. La clearance renale del formoterolo è di 150 ml/min. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** Il formoterolo ha una ridotta tossicità acuta. Non è risultato mutageno nei test sperimentali, nè presenta alle dosi terapeutiche rischio carcinogenico nell'uomo. ATIMOS soluzione pressurizzata per inalazione ha presentato nell'animale una buona tollerabilità locale fino a dosi molto più elevate rispetto a quelle utilizzate in terapia. Il propellente HFA 134a non ha manifestato effetti tossici a concentrazioni notevolmente superiori a quelle previste nell'uomo, somministrato per nebulizzazione in diverse specie animali esposte quotidianamente fino a due anni. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Elenco degli eccipienti.** Etanolo anidro, Acido cloridrico 1N, HFA 134a (norflurano). **6.2 Incompatibilità.** Non note. **6.3 Periodo di validità.** La durata massima di validità è di 18 mesi, di cui: 15 mesi a temperatura compresa fra 2° C e 8° C (in frigorifero) ed ulteriori 3 mesi a temperatura non superiore ai 25° C. Tali periodi sono da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione. Istruzioni per il grossista e il farmacista.** Conservare a temperatura compresa fra 2° C e 8° C (in frigorifero). Non dispensare il farmaco oltre 15 mesi dalla data di fabbricazione. **Istruzioni per il paziente.** Conservare a temperatura non superiore ai 25° C ma non in frigorifero. Non utilizzare il farmaco dopo tre mesi dall'acquisto. Il contenitore sotto pressione non va forato, non deve essere avvicinato, anche se vuoto, a fonti di calore, non deve essere congelato e non deve essere esposto alla luce solare diretta. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Confezione interna: contenitore sotto pressione con tasto erogatore standard sufficiente per 100 o 120 inalazioni. ATIMOS 12 mcg soluzione pressurizzata per inalazione - contenitore sotto pressione da 120 inalazioni. ATIMOS 12 mcg soluzione pressurizzata per inalazione - contenitore sotto pressione da 100 inalazioni. **6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione.** Si rimanda al paragrafo 4.2 (Posologia e modo di somministrazione). **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A, Parma. **8. NUMERO DELLE AUTORIZZAZIONI ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** ATIMOS 12 mcg soluzione pressurizzata per inalazione - contenitore sotto pressione da 120 inalazioni - AIC N. 035791060. ATIMOS 12 mcg soluzione pressurizzata per inalazione - contenitore sotto pressione da 100 inalazioni - AIC N. 035791058. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE.** 16 Gennaio 2004. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO.** Aprile 2004. **Tabella di appartenenza DPR 309/90.** Non pertinente. **Regime di dispensazione al pubblico.** Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

SA sia in NSA. Al contrario, la chiusura prematura delle vie aeree si manifesta in modo sproporzionato in SA e ciò concorda con report precedenti di una chiusura delle vie aeree relativamente maggiore nei soggetti con storia di asma instabile.

Obesità e sindrome metabolica (MS) nei pazienti con BPCO

Obesity and the Metabolic Syndrome in Patients with COPD

M. Poulain, PhD, M.E. Doucet, V. Drapeau, PhD, A. Tremblay, PhD, F. Maltais, MD, Osseja, France, Quebec, PQ, Canada

Obiettivi: Il presente studio voleva valutare la presenza della MS e caratterizzare i comportamenti alimentari ed il profilo metabolico di pazienti BPCO obesi (OB) e non-obesi (NO).

Metodi: 22 pazienti maschi con BPCO (età: 65 ± 4 anni, media $\pm$ DS) furono suddivisi in 2 gruppi: OB ($n = 15$) ($BMI = 32 \pm 2 \text{ kg/m}^2$); NO ($n = 7$) ($BMI = 21 \pm 2 \text{ kg/m}^2$). Sono stati raccolti i seguenti dati: misure antropometriche, consumo energetico a riposo (REE), test del pasto standardizzato, comportamenti alimentari (desiderio di mangiare, fame, senso di sazietà e consumo prospettico di cibo) e questionario sulla qualità della vita. La MS fu diagnosticata sulla base della presenza di 3 o più dei seguenti criteri: obesità addominale, livelli elevati di trigliceridi, livelli elevati di colesterolo HDL, PA elevata a riposo e iperglicemia a digiuno. **Risultati:** Il 53% degli OB presentava 3 o più determinanti della MS vs. nessuno dei NO. Vi era una differenza significativa ($p < 0,05$) nel FEV_1 tra OB e NO (53 ± 18 vs 32 ± 11 , rispettivamente). Il REE misurato era superiore al predetto nei due gruppi (OB: $6,1 \pm 0,6$ vs $5,3 \pm 0,6^* \text{ KJ/min}$; NO: $4,7 \pm 0,5$ vs $4,0 \pm 0,3^* \text{ KJ/min}$, $*p < 0,05$). Tra i due gruppi non fu riscontrata alcuna differenza significativa nella qualità della vita e nel senso di appetito dopo il test del pasto standardizzato.

Conclusioni: La MS è frequente nei pazienti BPCO in sovrappeso od obesi. Le differenze del REE e dei comportamenti alimentari non spiegano le differenza nella composizione corporea tra pazienti BPCO OB e NO.

Risposta fisiologica al test del cammino di 6 minuti nell'insufficienza cardiaca congestizia

Physiologic Response to the 6-Minute Walk Test in Congestive Heart Failure

G. Deboeck, MS, G. Niset, PhD, J.J. Moraine, PhD, J.L. Vachier, MD, R. Naeije, PhD, Brussels, Belgium

Scopo: Il test del cammino di 6 minuti (6MWT) è utilizzato abitualmente come un test da sforzo sub-massimale per la valutazione dei pazienti con malattie cardiache o polmonari croniche. Nei pazienti con BPCO o ipertensione arteriosa polmonare (PAH), il massimo uptake di O_2 (VO_2) durante il 6MWT è riferito essere uguale o anche superiore al valore di picco di VO_2 misurato con un test da sforzo cardiopolmonare incrementale standard al cicloergometro (CPET), con equivalenti ventilatori più bassi per la CO_2 (VE/VCO_2) e con i rapporti di scambio respiratorio (RER). Scopo di questo studio era di individuare il livello della capacità aerobica e di stress metabolico raggiunti durante il 6MWT in pazienti con insufficienza cardiaca congestizia (CHF).

Metodi: Le variabili ventilatorie e la frequenza cardiaca sono state registrate durante l'ultimo minuto del secondo di due 6MWT con uno strumento portatile e durante un CPET con carichi incrementali di 10 W/min , in 15 pazienti CHF, classe funzionale NYHA $2,5 \pm 0,5$ (media $\pm$ ES).

Risultati: La distanza percorsa in 6 min fu di $478 \pm 25 \text{ m}$. Durante il 6MWT, la ventilazione (VE), il VO_2 , la produzione di CO_2 e la frequenza cardiaca sono aumentate durante i primi 3-4 min e poi sono rimaste stabili. Rispetto ai valori massimi raggiunti durante il CPET, VO_2 era simile ($13,9 \pm 0,6$ vs $14,4 \pm 0,8 \text{ ml/kg/min}$, $P = 0,54$), ma VE_{max} (40 ± 3 vs $55 \pm 3 \text{ L/min}$, $P < 0,001$), RER ($0,93 \pm 0,02$ vs $1,25 \pm 0,02$, $P < 0,001$) e frequenza cardiaca (104 ± 6 vs $119 \pm 4 \text{ bpm}$, $P < 0,001$) rimasero inferiori. **Conclusioni:** I pazienti CHF eseguono sforzi alla stessa capacità aerobica ma ad un valore inferiore di stress metabolico durante il 6MWT rispetto al CPET.

Il valore di DLCO e KCO come predittori della malattia parenchimale polmonare

The Value of DLCO and KCO in Predicting Parenchymal Lung Disease

A.F. Sosa, MD, J.M. Madison, MD, S.J. Krinzman, MD, Worcester, MA

Razionale: La capacità di diffusione del monossido di carbonio (DLCO) e del coefficiente del transfer del CO (KCO) sono ampiamente usati come predittori di malattia polmonare parenchimale, anche se il valore clinico di KCO per questo scopo non è stato validato.

Metodi: Abbiamo condotto uno studio retrospettivo di pazienti con TAC toracica (CT) e DLCO eseguiti entro 30 giorni uno dall'altro. KCO era calcolata come DLCO divisa per il volume alveolare (VA). I pazienti con storia attuale di fumo di 10 o più p/y (pacchetti/anni), malattia vascolare polmonare, massivo versamento pleurico o resezione polmonare furono esclusi. Le TAC polmonari furono classificate in 3 gruppi: normale/quasi normale (N = 19), anomalie diffuse/estese (N = 14) e anomalie focali (N = 14). Valori di cutoff ottimali furono definiti sulla base dell'analisi delle curve.

Risultati: La DLCO espressa come % del predetto risultò il miglior predittore dello stato del parenchima polmonare basato sul quadro TAC ed il valore predittivo del test si riduceva in modo sostanziale se la DLCO era "corretta" per il volume alveolare. Il cutoff ottimale per la DLCO era del 94% del predetto, che significava una sensibilità del 93% ed una specificità del 54% per discriminare tra gruppi normale e diffuso/esteso, con area sotto la curva (AUC) di 0,878. KCO presentava una sensibilità e una specificità inferiori con AUC di 0,744. La capacità vitale forzata (FVC), il volume alveolare (VA) e la capacità polmonare totale (TLC) presentavano pure valori predittivi inferiori. Il valore medio di KCO espresso come % del predetto era di 111 ± 22 per i normali, 107 ± 22 per le anomalie focali e 92 ± 19 per le anomalie diffuse/estese e KCO era maggiore del 100% del predetto nel 29% di pazienti con anomalie estese/diffuse.

DLCO e VA correlavano tra loro molto di più quando espresse in termini assoluti ($r = .90$) che come % predetto ($r = .66$).

Conclusioni: Se usata per predire la presenza o l'assenza di malattie polmonari parenchimali, la correzione della DLCO per VA riduce in modo significativo il valore predittivo del test.

Controllo del dolore post-operatorio nei pazienti con LVRS: morfina intratecale vs morfina/ropivacaina epidurale

Post-Operative Pain Control in LVRS Patients: Intrathecal Morphine Versus Epidural Morphine/Ropivacaine

M.F. Keresztury, MD, N.W. Brister, MD, PhD, S.P. Reed, T.P. Smith, G. Charatzoglou, MD, N. Marchetti, DO, G.J. Criner, MD, R.E. Barnette, MD, Philadelphia, PA

I pazienti avviati alla chirurgia di riduzione del volume polmonare (lung volume reduction surgery, LVRS) sono affetti da enfisema grave e da limitata riserva polmonare. Un buon controllo del dolore con gli oppioidi nevrassiali può comportare un significativo beneficio (estubazione precoce, minori complicazioni) e/o sopprimere il drive ventilatorio. Abbiamo confrontato gli effetti intratecali della morfina solfato (MS) vs MS/ropivacaina epidurale sul controllo del dolore e sul tempo di estubazione. Riportiamo i dati di 19 pazienti sottoposti a LVRS trattati al Temple Univ. Hospital dal febbraio '04 fino al giugno '05; i dati sono riportati come media $\pm$ DS. Gruppo A (5/11 maschi; età $67,6 \pm 6,7$ aa; FEV_1 $33,1 \pm 5,2\%$ del pred.) hanno ricevuto 1 mg intratecale di MS pre-operatorio; Gruppo B (4/8 maschi; età $64,1 \pm 7,4$ aa; FEV_1 $27,6 \pm 7,8\%$ del pred.) hanno ricevuto 3,75 mg di MS seguiti da 6 ml/h di ropivacaina 0,2% attraverso un catetere epidurale toracico dalla fase pre-operatoria e continuata per 3 giorni. I punteggi del dolore calcolati con scala analogica visiva (VAS: 0-10) furono normalizzati e comparati con quelli del 1° giorno post-intervento (POD). I pazienti furono estubati sulla base dei parametri clinici standard e/o dopo trial con tubo a T. Non vi erano differenze tra i gruppi rispetto ai parametri demografici di base, $FEV_1\%$, RV%, pred. RV/TLC, $PaCO_2$ o dose di farmaci

intraoperatori (midazolam, fentanyl, propofol). Le dosi di farmaci antidolorifici in POD (MS, ketorolac, ossicodone) non risultarono significativamente diverse tra i gruppi. Al POD il Gruppo A ha riportato meno dolore (VAS = $2,4 \pm 2,6$ vs 5 ± 3 ; $p = 0,064$) e richiese meno MS parenterale ($11,8 \pm 17,2$ vs 151 ± 152 mcg/kg; $p = 0,002$, t-test) rispetto al Gruppo B; questa differenza non si è verificata durante i POD 2 e 3. Nel Gruppo A 9/11 pazienti furono estubati in OR o entro 3 ore dall'arrivo in UTI (i più problematici furono estubati tra le 19 e le 22); nel Gruppo B tutti furono estubati nello stesso intervallo di tempo.

Conclusioni: La MS intratecale offre un controllo del dolore post-operatorio superiore e più precoce nei pazienti sottoposti a LVRS rispetto alla MS/ropivacaina epidurale, ma può ritardare l'estubazione.

Effetto dell'allenamento aerobico sulla qualità della vita, sulla capacità funzionale e sull'ossido nitrico esalato in pazienti asmatici adulti

Effect of Aerobic Training on Quality of Life, Functional Capacity and Exhaled Nitric Oxide in Adults Asthmatic Patients

R.C. Goncalves, M.P.T. Nunes, PhD, A. Cukier, PhD, R. Stelmach, PhD, M. Ribeiro, PhD, M.A. Martins, PhD, C.R.F. Carvalho, PhD, Sao Paulo, Brazil

Scopo del presente studio era di valutare l'effetto dell'allenamento aerobico sulla qualità della vita, sulla capacità funzionale e sull'ossido nitrico esalato (NOex) nei pazienti con asma moderata e grave. Abbiamo studiato 20 soggetti (età $35,8 \pm 8,9$ aa), in trattamento medico negli ultimi 6 mesi e con valori $\geq 50\%$ nelle componenti di attività fisica della qualità della vita. I soggetti furono randomizzati in un gruppo di controllo (programma educativo + esercizi respiratori) e un gruppo di esercizio (come i controlli + allenamento aerobico all'80% del picco massimale di VO_2) e seguiti per 3 mesi, due volte la settimana. La capacità aerobica (VO_2 picco), la qualità della vita, l'ansietà, la depressione e la funzione polmonare furono valutati prima e dopo il trattamento. Il NOex e i sintomi furono valutati mensilmente.

Non vi furono modifiche nelle dosi di glicocorticosteroidi inalati durante il trattamento. I nostri risultati mostrano che i pazienti sottoposti all'allenamento aerobico presentavano una diminuzione della limitazione fisica ($54,3 \pm 20,2$ vs $38,3 \pm 10,1$; $p < 0,05$), della frequenza e della gravità dei punteggi negli ambiti della qualità della vita ($63,2 \pm 28,4$ vs $38,1 \pm 19,2$; $p < 0,05$) e un miglioramento di VO_2 picco ($20,8 \pm 2,22$ vs $27,4 \pm 2,23$; $p = 0,001$) quando confrontati con il gruppo di controllo. Rispetto al gruppo di controllo, il gruppo allenato presentava anche una diminuzione dei sintomi dopo il 1° ($3,60 \pm 1,14$ vs $1,70 \pm 0,78$; $p = 0,02$), 2° ($3,20 \pm 0,44$ vs $1,55 \pm 1,34$; $p = 0,03$) e 3° mese ($2,6 \pm 1,81$ vs $2 \pm 1,05$; $p = 0,04$) di allenamento aerobico. Anche NOex era diminuito nel 1° ($54,20 \pm 22,68$ vs $27,72 \pm 14,12$; $p < 0,01$), 2° ($54,20 \pm 22,68$ vs $27,72 \pm 14,12$; $p < 0,01$) e 3° mese ($45,6 \pm 11 \pm 30,00 \pm 10,56$; $p = 0,01$) dopo allenamento. Nessuna modifica fu osservata nella funzione polmonare in entrambi i gruppi dopo trattamento. I nostri risultati suggeriscono che l'allenamento aerobico migliora la qualità della vita e riduce i sintomi e l'ossido nitrico esalato nei pazienti asmatici, e rinforza la sua importanza nel trattamento dell'asma.

Distensibilità delle vie aeree all'HRCT nei pazienti BPCO

Airway Distensibility by HRCT in COPD Patients

N. Scichilone, MD, A. La Sala, MD, M. Bellia, MD, R. Brown, MD, A. Togias, MD, C. Gagliardo, MD, V. Bellia, MD, Palermo, Italy, Baltimore, MD

Grazie all'HRCT, in precedenza abbiamo mostrato che una ridotta distensibilità delle vie aeree è responsabile dell'attenuazione dell'effetto broncodilatatore di un DI in soggetti con BPCO. Nei soggetti sani e negli asmatici lievi, la distensibilità delle vie aeree è maggiore nelle piccole vie rispetto alle grandi. In questo studio abbiamo verificato se anche la distensibilità delle vie aeree analizzata con HRCT differiva nei BPCO sulla base del calibro delle vie aeree. Tredici soggetti BPCO di gravità diversa (lieve: 1; moderata: 5; grave: 7) furono sottoposti ad

HRCT, a RV e a TLC. Per misurare la grandezza della distensione delle vie aeree abbiamo calcolato il rapporto della differenza delle aree del lume delle vie aeree a TLC e a RV rispetto all'area a RV. Abbiamo arbitrariamente diviso le vie aeree in 3 gruppi (piccole, medie, grandi) secondo il loro diametro a RV (< 4 mm, 4-8 mm e > 8 mm, rispettivamente). Abbiamo analizzato 97 vie aeree. La distensibilità media per singolo DI era simile anche tra vie aeree di diverso calibro (piccolo: $54 \pm 9,7\%$ media $\pm$ SEM; medio: $38 \pm 7,5\%$; grande: $36 \pm 8,0\%$; ANOVA: $p = 0,37$). Abbiamo anche confrontato la distensibilità delle vie aeree sulla base della gravità della BPCO: tale distensibilità era significativamente inferiore in soggetti con BPCO grave rispetto agli altri gruppi per le piccole vie aeree ($p = 0,0003$), ma non per le vie aeree medie o grandi (rispettivamente $p = 0,38$ e $p = 0,71$). Questi riscontri suggeriscono che la distensibilità delle vie

aeree diminuisce con l'incrementare della gravità della malattia, a sostegno del concetto che l'attenuazione delle forze di legame a livello delle vie aeree più piccole è la principale responsabile dell'inefficacia dell'effetto broncodilatatore di DI nella BPCO.

Traduzione a cura di Stefano Aiolfi

U.O. Riabilitazione Respiratoria
Ospedale Santa Marta, Rivolta d'Adda (CR)

Freedom to Breathe



KOKO Legend
SPIROMETRO PORTATILE A PNEUMOTACOGRAFO



- DISPLAY TOUCH SCREEN
- MEMORIA DI 6000 TEST

**FACILE
ACCURATO
RIPETIBILE**

INOLTRE... SISTEMA MODULARE PER:

- SPIROMETRIA
- VOLUMI POLMONARI (Elio, Azoto, CH4)
- DLCO
- PLETISMOGRAFIA
- PROVE DA SFORZO CARDIOPOLMONARI (interpretazione interattiva di Omri Inbar)
- RINOMANOMETRIA
- DOSIMETRO



morganitalia
strumenti scientifici

Tel. **051.454.200**

Via Gramsci 20 - 40068 San Lazzaro di Savena (BO) - Fax 051.460.347
www.morganitalia.com - info@morganitalia.com

Premio AIST 2008

Invia un lavoro su ambiente, tosse e malattie respiratorie
Vinci un'auto elettrica

Il Direttivo dell'AIST (Associazione Italiana Studio Tosse) in occasione del suo prossimo Congresso Nazionale, che si terrà a Bologna nel febbraio 2008, assegnerà per la prima volta il Premio AIST, promosso al fine di incentivare la ricerca su ambiente, modificazioni della qualità dell'aria e problematiche respiratorie.

L'iniziativa condotta in collaborazione con Micro-Vett e MIDIA Edizioni, vuole contribuire

alla presa di coscienza di come l'ambiente sia divenuto un importante fattore di rischio favorente l'incremento di patologie e sintomi a carico del tratto respiratorio integrato.

Il premio verrà assegnato per la realizzazione di un lavoro scientifico inedito che riguardi aspetti epidemiologici, terapeutici/preventivi, diagnostici e di ricerca applicata inerenti a: tosse, inquinamento atmosferico, patologie delle alte e basse vie respiratorie.

Regolamento

Possono partecipare al concorso medici, farmacisti, biologi, senza limiti di età.

Termini e modalità

- 1) Per poter essere ammessi i lavori (inediti) dovranno essere inviati per raccomandata entro e non oltre il 30 ottobre 2007 a Segreteria AIST, Via Mazzini 12, 40138 Bologna;
- 2) La domanda deve contenere oltre ai dati anagrafici un breve curriculum dell'autore un recapito telefonico, un indirizzo e-mail e l'indirizzo dell'Azienda Ospedaliera, dell'Università, dell'Istituto o dell'Ente di appartenenza;
- 3) Il lavoro dovrà essere fornito su CD e in 2 copie su supporto cartaceo;
- 4) I lavori pervenuti non saranno restituiti;
- 5) I lavori pervenuti oltre il termine di scadenza saranno escluse dal concorso.

Selezione dei Lavori

La giuria selezionerà 20 lavori che saranno inseriti quali relazioni nel programma del congresso nazionale AIST 2008 e fra questi, a suo insindacabile giudizio, sceglierà i vincitori dei premi. Tutti i lavori inviati, anche quelli non selezionati per la presentazione orale, saranno pubblicati sul volume degli atti.

I premi

- 1° premio un Auto Elettrica MICRO-VETT
- 2° premio una Moto elettrica
- 3° premio una Bici elettrica

Premiazione

I vincitori saranno invitati a ritirare il premio in occasione del 7° convegno AIST che si terrà il febbraio 2008.

Per ogni ulteriore informazione, contattare: azanas@orsola-malpighi.med.unibo.it
Bologna, 4 febbraio 2006

Un esame alla facoltà di medicina di Parigi

Henri Toulouse Lautrec – Museo- Albi (1899)

Giuseppe Lauriello

Volere evocare il nome della Sorbona, la monumentale Università di Parigi, così solennemente incastonata nel Quartiere Latino, è come richiamare alla mente la cittadella del sapere per eccellenza. Pochi atenei in Europa posseggono tanto prestigio, tanta autorevolezza, tanto credito quanto questa fascinosa Istituzione in prossimità della Senna, la cui Facoltà di Medicina, come le altre che la illuminano della loro dottrina, è di quelle che l'hanno resa celebre nel mondo.

La Sorbona come istituzione universitaria ha un'età di tutto rispetto, essendo nata nel XII sec. unitamente ai primi grandi centri di studio europei. Come massima espressione formativa parigina e francese in genere va però datata nel XVII sec., allorché in una veste di grande magnificenza è voluta dal cardinale Richelieu, che incarica l'architetto Jacques le Mercier nel 1626 ad erigerla a tempio della cultura dell'intera Francia. Ricostruita nelle forme attuali tra il 1885 e il 1900, resta a tutt'oggi polo di alti studi e richiamo di intellettuali da tutto il mondo.

Nel 1899 vi si laurea in medicina Gabriel Tapié de Celeyran, cugino di Henri Toulouse Lautrec (1864-1901). Questo personaggio giunge a Parigi nel 1891 per concludervi gli studi iniziati a Lille. Il pittore e il futuro medico diventano inseparabili ed Henri lo introduce nel mondo fatuo e sensuale della Parigi notturna, tra ritrovi alla moda, teatri, cabarets ed ambienti equivoci. In questo variegato universo di vivace allegria, di benessere e di floridezza economica, quanto meno apparente, i due trascorrono i migliori anni della loro gioventù, coinvolti nel vortice di una vita illusoriamente facile e spensierata. Gabriel Tapié è nato nel

1869, Henri Toulouse Lautrec nel 1864.

Il primo alto, dinoccolato, buontempone, un dandy; il secondo, portatore di un grave nanismo acondroplasico, inutilmente fatto passare dalla famiglia come esito di un trauma infantile, ma che, nonostante la sua infermità, si abbandona volentieri al turbinio notturno dei locali esuberanti e peccaminosi di Montmartre tra donnine allegre, ballerine e chanteuses, sempre accompagnato dal fedele cugino, che ormai per lui è come l'ombra. Trascorrono circa dieci anni in questo vortice di scioperata e futile gaiezza, l'ultimo decennio dell'800, tra divertimenti, amori fugaci e dilettevoli distrazioni. Nel 1899 per Gabriel il corso di studi in medicina è finalmente terminato, sono passati più di dieci anni, ma la durata è comprensibile. Con un'esistenza così vorticosa, senza dormire la notte e con il bisogno imperioso di sonno durante il giorno, i libri e lo studio sono l'ultimo dei pensieri. Ma in quest'ultimo scorcio di secolo per il Celeyran qualcosa muta, decide di laurearsi e dedicarsi infine a una vita meno dissennata, più ricca di soddisfazioni e soprattutto più consona alle responsabilità professionali che un futuro medico dovrà assumersi. Ha peraltro raggiunto la trentina, non è più il caso di trascurare oltre la possibilità di una proficua carriera da persona dabbene. Ed eccolo presentarsi davanti alla Commissione esaminatrice della Facoltà di medicina di Parigi per la prova finale. Discuterà una tesi dal titolo apparentemente eccentrico, ma in realtà per niente impegnativa: "Su un caso di elitrocele posteriore". Il termine "elitrocele", da tempo disusato in medicina, deriva dal greco "élitron", che significa: "involucro".

È la locuzione antiquata e obsoleta per indicare il “colpocele” ovvero il prolasso della vagina. La tesi assegnata dalla Commissione e svolta da Gabriel Tapié, è stata prescelta in omaggio al grande Jules Péan, ginecologo morto nel 1898, cioè l’anno precedente l’esame di laurea di Gabriel.

Jules Péan (1830-1898) è una delle figure di spicco della chirurgia francese di secondo Ottocento. A lui si attribuiscono la prima ovariectomia (1864), fino allora intervento ritenuto mortale, e la prima splenectomia nel 1867. Sua invenzione la pinza emostatica a cremagliera ancora in uso nell’armamentario chirurgico.

Toulouse Lautrec ritrae ed immortala questa discussione accademica condotta in un clima di grande sussiego e con irreprensibile contegno. Non è nuovo al contatto con i luminari della scienza, eppure la scena lo turba, lo inquieta.

Quale differenza con l’atmosfera del “Lapin agile”, del “Moulin de la Galette”, dello “Chat noir”, delle notti dorate di Montmartre con le sue casette, i mulini, le fontane, gli alberi maestosi; quale differenza con la gaia apprensione e il riso gioioso degli incontri furtivi con le donne di facili costumi che pullulano tra ristoranti, case di moda, da gioco e di malaffare; quale differenza con i caffè, i boulevards, i teatri della Belle Epoque e l’ambiente universitario! Da un mondo di spensierata gaiezza tra champagne e tutù, palchi di proskenio e roulettes, bohème e landò, ritrovarsi di schianto in un ambiente dove regna l’austerità assoluta, inflessibile, grigia è sconcertante. Ma questo brusco passaggio tra due universi agli antipodi non può peraltro non affascinare l’artista, non può non “impressionarlo” e questo turbamento improvviso, che gli scuote la mente, questa impronta sconvolgente che gli si stampa sulla coscienza, questa suggestione immediata che gli provoca il grigiore del luogo, la severità dello stile e la serietà dei volti sono trasferiti sulla tela, nel fosco smorto dei colori, nel cupo olivastro dello sfondo, negli sguardi accigliati degli esaminatori, nella trepidazione

timorosa e incerta che si staglia sul volto dell’allievo. Figure nervosamente delineate, tratteggiate a colpi di pennello, evocano un momento di estrema tensione, denso di contenuto psicologico e altamente drammatico.

La cronaca vuole quali membri di questa fatidica Commissione i professori Tillaux, presidente, e Landouzy, Wurtz e Légeu relatori. Alcuni di questi nomi sono caduti col tempo nell’oblio, ma altri sono entrati di diritto nella storia della medicina, come Tillaux e Landouzy.

Paul Jules Tillaux (1834-1904), anatomico e chirurgo di grande prestigio, dal 1870 docente di clinica chirurgica presso la Facoltà di medicina di Parigi, noto per il trattato di anatomia topografica applicata alla chirurgia del 1877, per molti anni testo universitario indiscusso per i chirurghi non solo francesi. Louis Landouzy (1845-1917), cattedratico di terapia nella stessa Facoltà, studioso di neuropatologia; al suo nome sono legate una forma di sciatica: la “sciatica di Landouzy” e la miopatia atrofica progressiva: la “paralisi di Landouzy Dejerine”.

Una seduta storica quindi l’esame di laurea di Gabriel Tapié, che il cugino Henri eterna, fissandola sulla tela.

Ma scendiamo in qualche dettaglio sul dipinto: il “plain air”, così tipico dell’impressionismo, è scomparso, le tre figure che impegnano lo spazio sono cariche di simbolismo e di suspense. L’atmosfera è cupa, accentuata dal sapiente uso di colori ferrigni; il clima è rigoroso, severo, laconico. Sembra quasi che aleggi sulla scena un silenzio ieratico, rotto soltanto dai toni secchi delle domande e delle risposte, brevi, concise, ma ricche di dottrina. In primo piano Tillaux, il presidente; una toga dai risvolti purpurei gli riveste il busto. Nel suo volto attento e aggrottato da antico Magister si condensa l’autorità assoluta, il sapere sommo, l’esperienza consumata, l’espressione scientifica paradigmatica della conoscenza: composto, autorevole, affidabile. I tratti del viso, la barba folta brizzolata, che

lo ricopre in gran parte, il pizzetto volitivo, i baffi prominenti accentuano prepotentemente l'austerità del personaggio.

Di fronte, il laureando, il discepolo, contratto, preoccupato, nell'atto di rispondere al quesito appena formulato. Sono uno dirimpetto all'altro, ma tra maestro e allievo la distanza è infinita; uno, il professore, signore del tempio inaccessibile della sapienza, l'altro, il novizio, l'homunculus, che umile, rispettoso, bussa alla soglia, implorando gli si diradino le "nebula" dell'ignoranza. Defilato Landouzy ascolta assorto, quasi assente, questa richiesta di accesso. Sul tavolo, ricoperto di panno verde, le carte, i moduli, la documentazione, l'infima burocrazia che si insinua con la sua presenza volgare in questa solenne tenzone della scienza, in questa raffinata corrispondenza intellettuale; è l'immane insulto istituzionale al coltivato certamen, al volo alto della mente; ne è testimonianza il disordine dei fogli spiegazzati, abbandonati in non cale, sprezzantemente disdegnati dall'uomo di scienza e di cultura.

GIMBE®

Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con



Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP
CLINICAL
GOVERNANCE
IN PNEUMOLOGY
4^A EDIZIONE

FERRARA

22-24 GENNAIO
2007

www.gimbe.org/cgp

2007



MIDIA srl Via Santa Maddalena, 1 • 20052 Monza MI
Tel. 0392 304 440 • Fax 0392 304 442 • midia@midiaonline.it

www.midiaonline.it

Siamo presenti
all'ERS di Monaco
HALL B1
STAND A26

Linde



Per la salute e la sicurezza dei Pazienti. Abbiamo cura, sempre.

Siamo costantemente impegnati a fornire alla Sanità Pubblica ed a quella Privata soluzioni innovative ed efficaci, sia in ospedale che al domicilio dei Pazienti. Abbiamo sviluppato una gamma completa di gas farmaceutici, apparecchiature elettromedicali e servizi ad alto valore aggiunto che consentono l'applicazione di terapie respiratorie sempre più moderne e sicure.

Vogliamo essere i vostri partner per aiutarvi a raggiungere un adeguato livello di consapevolezza e sicurezza nella prescrizione e nell'utilizzo dei gas farmaceutici.

Una Missione, sempre al servizio della Sanità.

Numero Verde

800 010 033

Linde Medical Hub

www.lindemedicale.it

Linde Medicale
Abbiamo cura, sempre

Trapianti: considerazioni bioetiche

Camillo Barbisan

L'esperienza oramai consolidata dei trapianti rappresenta uno degli aspetti più affascinanti dello sviluppo della medicina contemporanea. Senza peccare di retorica si può tranquillamente parlare nei termini della realizzazione di un sogno: contrastare l'ineluttabilità della morte per un malato attraverso la "connessione" con il corpo irrimediabilmente segnato da una morte non più differibile oppure con la parte di un corpo vivente che tale rimarrà.

In questi ultimi anni il sogno realizzato e la meraviglia trasformata in prassi quotidiana hanno ceduto il passo ad un genere di considerazioni più approfondite e metodiche. Anzitutto quelle proprie del ragionamento scientifico che presiede e sovrintende le intenzioni e gli atti degli operatori sanitari. Inevitabilmente si sono dovute affrontare una serie di questioni relative alle espressioni dei diritti, delle libertà e delle tutele per i soggetti complicati. Tutto ciò, in più circostanze, ha costretto i legislatori a produrre normative puntuali e precise, capaci cioè di essere all'altezza della nuova frontiera della medicina, della responsabilità dei professionisti, della consapevole autonomia dei pazienti. Sono state considerate le problematiche emergenti dalle dinamiche relazionali che si manifestano in queste complesse situazioni di fronte alle quali la psicologia ha trovato uno spazio di interpretazione, sostegno ed orientamento di grande rilevanza. Infine non si sono trascurate le provocazioni di carattere etico progressivamente evidenziate nella loro specificità ed originalità sottratta da un lato alla retorica della donazione-trapianto, dall'altro alla fredda oggettività propria delle procedure corrette.

L'ambito di trattazione etica - o, per essere più precisi allorché l'etica è riferita alle "faccende" del corpo e della vita, della salute e della malattia, del curare e del prendersi cura, bioetica - ha pertanto estrema necessità di continuare ad essere ancorata alla specificità delle questioni che la prassi sollecita; di riferirsi ad un quadro concettuale ben identificato ed in ogni caso ben più rilevante del "personale sentire" o del retorico appello ai cosiddetti valori condivisi; di identificare gli spazi e le modalità attraverso le quali la considerazione etica diviene "produzione pubblica" dibattuta, riconosciuta e fruibile.

Le note che seguiranno hanno il semplice scopo di proporre qualche riflessione di taglio propriamente bioetico secondo lo schema appena delineato.

Questioni che vengono sollecitate

Una rapida ricognizione delle prassi e dei contesti costringono ad inventariare più di una questione che, in questa sede, sarà semplicemente evocata.

Il prelevamento da cadavere puntualmente riapre lo scenario dei problemi relativi da un lato al rigore dei criteri scientifici di accertamento della morte e dall'altro alla domanda morale relativa alla disponibilità del corpo. Ciò che scientificamente è ritenuto certo e giuridicamente è garantito è posto da taluni in discussione con argomentazioni etiche che necessitano un recepimento, una adeguata elaborazione al fine di essere accolte o rigettate. Le sollecitazioni, anche se proposte da una esigua minoranza di pensatori, esigono di essere discusse al fine di valutarne la fondatezza.

Il prelevamento da vivente rappresenta una sfida per il contesto italiano. I dati segnalano da una parte la scarsa rilevanza numerica di questa tipologia di trapianto e dall'altra una interrogazione sulle motivazioni che inducono una resistenza nel proporre da parte degli operatori, nell'accogliere da parte dei pazienti e dei congiunti, nel considerare l'opportunità positiva da parte della pubblica opinione. Se in prima battuta emergono le implicazioni psicologiche non meno consistenti sono quelle di natura etica che potrebbero considerare le radici morali della "resistenza" ma soprattutto predisporre quadri concettuali che inducano ad identificare gli aspetti di bontà e di giustizia realizzabili secondo questa modalità.

La constatazione della realtà sociale composita e variegata in termini di culture, religioni, etnie comporta inevitabili ripercussioni nelle modalità di intendere il corpo e gli atti di disposizione sul e del medesimo. La riflessione bioetica ha fatto del tema della valorizzazione della libertà e dell'autonomia dell'individuo uno, se non addirittura il tema più rilevante della propria identità. La ricognizione delle visioni antropologiche presenti nel territorio unitamente alle relazioni possibili in vista della gestione corretta delle situazioni maggiormente critiche quali quelle rappresentate dal patire-morire rappresenta perciò un ulteriore ambito di intervento bioetico.

Vi sono inoltre una serie di questioni di immediata percezione scientifica oppure organizzativa che tuttavia in realtà adombrano un vero e proprio nucleo ad elevata valenza etica. Anzitutto la "corretta" gestione delle liste d'attesa dei pazienti da sottoporre a trapianto. La scarsità di organi a disposizione rispetto all'incremento di fabbisogno comporta la riformulazione dei criteri di immissione, permanenza e reimmissione tali da includere una molteplicità di fattori oggettivi ma anche soggettivi. Non si può trascurare il fatto che sempre più spesso si utilizzano organi

prelevati da soggetti di età elevata la cui "qualità" non disgiunta da rischio più elevato di presenza di forme neoplastiche ignote pone delle conseguenze per ciò che attiene la relazione e l'informazione eventualmente dovute ai candidati al trapianto. L'informare da un lato ed il consentire dall'altro provocano in questa specifica vicenda una serie di sollecitazioni di natura etica che sembrano addirittura sovrastare quelle di natura scientifica e giuridica.

Infine si deve segnalare tutto ciò che in modo assai semplificato e puramente allusivo potrebbe essere identificato come "ultima frontiera" ovvero il "caso serio" dell'uso terapeutico delle cellule staminali. Se vi è un corposo dibattito che si polarizza prevalentemente sul merito della provenienza non può e non deve passare né sotto silenzio né in secondo piano la considerazione etica relativa all'utilizzazione – anche in via sperimentale – delle staminali finalizzate a "rimediare, riparare, ripristinare" parti del corpo deteriorate o danneggiate. L'enfasi mediatica, il clamore politico non si addicono ad una materia così fragile e delicata. La considerazione pubblica non va confusa con slogan eccessivamente semplificativi o, peggio ancora, con promesse infondate. La necessaria ed opportuna sperimentazione hanno l'esigenza di realizzarsi entro un orizzonte di eticità che rappresenta la più appropriata garanzia per gli addetti e per la pubblica opinione.

Questo può essere considerato l'inventario delle questioni bioetiche ancora aperte o controverse. Altri aspetti dell'attività di trapianto hanno già trovato una consolidata interpretazione etica allo stato attuale non suscettibile di rilevanti modificazioni. Ad esempio, tra questi, il tema cardine relativo alla dichiarazione di volontà circa la disponibilità e/o indisponibilità del proprio corpo formulata in vita e giuridicamente normata. Pertanto questi aspetti non sono stati presi in considerazione in queste riflessioni.

Riferimenti concettuali

La ricognizione appena proposta con le istanze bioetiche che traspaiono orienta immediatamente ad un orizzonte concettuale che negli ultimi decenni ha elaborato una forte connessione tra le opportunità offerte dalla medicina da una parte ed una interpretazione morale dell'intera vicenda dall'altra. In questa sede è sufficiente una semplice e scarna allusione a ciò che è condiviso e comunemente accettato dalla comunità dei bioeticisti sul tema generale del bene e del giusto riferiti al vasto arcipelago di fatti e significati che si realizzano all'interno di ciò che il linguaggio comune chiama "medicina". Un primo elemento potrebbe essere identificato dalla elaborazione sul tema della disponibilità del /sul corpo. Il rimedio e la cura configurano scenari di consistenti interventi sul corpo tali da indurre l'esigenza di considerare da un lato il quadro dei fini cui assoggettare queste pratiche e dall'altro i contesti di garanzia (deontologica e giuridica) che inverano i fini e assicurano il comune e particolare sentire. Il tema della disponibilità del corpo posto in connessione alla pratica dei trapianti non può essere banalmente risolto nello slogan "informazione e consenso" quanto piuttosto trovare una adeguata elaborazione all'interno delle già avanzate acquisizioni etiche in tema di fini e garanzie. Il secondo elemento da recuperare si riferisce al tema della qualità della vita. Appare cioè sempre più evidente come la dimensione della possibilità e della efficacia della medesima, allorquando siano vissute nell'ambito della medicina, non possono esimersi dal considerare anche la questione della beneficenza. Si vuol cioè considerare elemento oramai integrato nella trama delle intenzioni e degli atti quanto si riferisce alla totalità della persona. Radicalmente si può affermare che a nessuno "all'infuori di me" è consentito stabilire che cosa debba essere ritenuto degno ovvero indegno per il mio corpo. Se tale principio è fatto valere in

CHEST

2006



October 21 - 26, 2006
Salt Lake City, Utah



www.chestnet.org

(800) 343-2227 or (847) 498-1400

AMERICAN COLLEGE OF
 **CHEST**
P H Y S I C I A N S



THE
CHEST
FOUNDATION

ordine alla “utilizzabilità” del corpo del defunto a maggior ragione tale istanza dovrà presiedere la “gestione” del corpo del vivente. Infine è da considerare l’esplorazione del tema della garanzia nella linea della precauzione. Se da una parte l’evoluzione delle conoscenze e dei poteri di intervento richiedono il passaggio dalla virtualità alla realtà ciò non toglie che, alla luce della destinazione degli atti, vi possano o talora debbano essere delle cautele estreme al fine di evitare il danno o il semplice rischio che il danno vi possa essere.

In estrema sintesi se nei due punti precedentemente illustrati la letteratura bioetica può essere utilizzata per quanto essa ha prodotto sotto i titoli di principio di beneficenza, principio di autonomia, principio di giustizia, in quest’ultima allusione va richiamato il non ancora molto riflettuto principio di precauzione.

Spazi di elaborazione etica

Risulta ingenuo ritenere che una adeguata considerazione etica della questione consista nella semplice applicazione di regole, principi o valori elaborati “esternamente” rispetto ai soggetti ed ai contesti. La dimensione morale accade se e solo se questa è l’esito di una produzione intrinseca che per questo scopo rilevante si assoggetta ad una adeguata metodologia elaborativa ed argomentativa. Con ciò si fa riferimento a tre spazi che, fortunatamente, fanno già parte dello scenario esistente. Alludiamo a quanto si realizza nel contesto della consulenza bioetica, dei Comitati di etica per la pratica clinica e la sperimentazione, delle attività di formazione ed aggiornamento dei professionisti che agiscono nell’ambito biomedico. Senza trascurare quanto si elabora in altri contesti contigui quali quelli relativi alla produzione ed applicazione delle norme oppure quelli dedicati all’interpretazione dei vissuti e della qualità delle relazioni.

In conclusione si ribadisce l’intento di queste note: si limitano ad essere la rappresentazione cartografica dell’insieme dell’area da esplorare unitamente alla elencazione del materiale necessario per l’esplorazione medesima. Ma ciò che è già accaduto, accade ed accadrà durante il percorso non può e non potrà mai essere compiutamente prefigurato e sicuramente garantito; la componente di incertezza non sarà mai del tutto eliminabile; ma ciò non significa che l’avventura sia meno degna di essere affrontata.

ABBONAMENTO SPECIALE

MEMO
Abbonarsi

RISPARMIO



€ 24,80
per 4 numeri



€ 36,00
per 4 numeri

— € 60,80 —

12 mesi in compagnia di PNEUMORAMA + CHEST

a soli 40 Euro!

(20,80 Euro di risparmio)

Telefono 039 2304440
Fax 039 2304442
www.midiaonline.it

Per abbonarsi subito.

T telefona al numero verde

Numero Verde

800-601715

MIDIA
EDIZIONI

Abbonarsi per non perdere neanche un numero

Piccolo e Pratico come uno spirometro portatile, **Potente e Completo** come un laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria!

- * Spirometria di base (FVC, SVC, MVV, Pre-post)
- * Ampio Display Grafico a colori e Stampante Termica ad alta velocità
- * Resistenze delle vie aeree (R_{occ}) (opzione)
- * Ossimetro Digitale integrato (opzione)
- * Software per incentivazione pediatrica
- * Disponibile con Pneumotacografo Monouso e Flussometro a Turbina
- * Interfaccia USB (PC e stampante)
- * Validazione ATS
- * Software PC per scarico dati e test in tempo reale

Pony FX

Desktop Spirometer



New

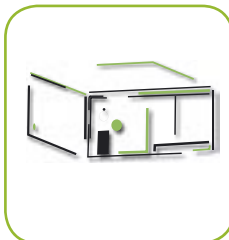
Disponibile con
Pneumotacografo
Monouso Flowsafe©



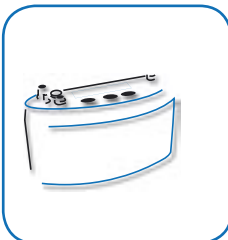
25 Anni di storia...alla continua ricerca dell'INNOVAZIONE



Spirometria



Test di
Fisiopatologia
Respiratoria



Test da
Sforzo Cardio
Polmonare



ECG



Ergometri



COSMED
Pulmonary Function Equipment

COSMED Srl
Via dei Piani di Monte Savello, 37
Pavona di Albano - Roma
I-00040
Tel: +39 (06) 931-5492
Fax: +39 (06) 931-4580
info@cosmed.it

COSMED Srl - Milano
Via Don Minzoni, 2
Mezzago (MI)
I-20050
Tel: +39 (039) 688-3362
Fax: +39 (039) 620-0142
milano@cosmed.it



MedicAir[®]

OSSIGENO & SERVIZI TERAPEUTICI
A DOMICILIO

per voi, con voi, da voi



Pulmonary Perspectives

Ipertensione polmonare cronica tromboembolica: Un aggiornamento

Sono trascorsi più di 50 anni dalla prima descrizione di ipertensione polmonare e *cor pulmonale* secondaria alla presenza di trombo organizzato (Owen e coll. N Engl J Med 1953; 249: 919) ed oltre 35 anni da quando il Dottor Kenneth Moser propose la tromboendarteriectomia come procedura terapeutica. Nonostante sia trascorso relativamente così tanto tempo, ancora molto resta da scoprire circa questa malattia, tanto è vero che le principali controversie si sono concentrate sulla sua natura, eziologia ed incidenza. Tuttavia, recentemente è stato pubblicato uno studio prospettico che fornisce nuove informazioni sugli sviluppi futuri, sia clinici che di ricerca.

Anatomia Patologica

Gli emboli polmonari acuti, solitamente guariscono entro pochi giorni o settimane attraverso un processo di lisi endogena, anche in assenza di terapia. Possono essere presenti sequele rappresentate da irregolarità endoluminali, clinicamente silenti. In una minoranza di pazienti, i coaguli non si risolvono, bensì si organizzano in materiale fibrotico che viene inglobato nella parete del vaso interessato,

causando una ostruzione maggiore del vaso interessato, con gradi variabili di ricanalizzazione (Shure e coll. Ann Intern Med 1985; 103: 844).

Altre alterazioni anatomopatologiche possono essere riscontrate distalmente all'ostruzione vascolare; queste appaiono identiche a quelle alterazioni spesso osservate in corso di ipertensione polmonare da altre cause (ispessimento dell'intima, ipertrofia della media, lesioni plessiformi), anche se il letto vascolare distale è in gran parte protetto dall'aumento pressorio (Moser e Bloor, Chest 1993; 103: 685). Queste alterazioni post-ostruttive sono state riscontrate anche nel modello animale, a seguito della legatura dell'arteria polmonare

principale nel cane, in assenza di ipertensione polmonare (Shure e Bloor. Chest 1988; 93: 154S), facendo ipotizzare che esse potessero rappresentare una forma di danno vascolare secondario all'ostruzione, piuttosto che al materiale trombotico organizzato. Tali alterazioni, in definitiva, possono giocare un ruolo

nel determinismo dell'edema da riperfusione post-chirurgico, in modo non proporzionale rispetto al grado di ostruzione vascolare ed alla caduta del regime pressorio che si registrano come conseguenza della tromboendarteriectomia.

Controversie

Per lungo tempo si è ipotizzato che l'ipertensione polmonare cronica tromboembolica

**IN ASSENZA DI STUDI
PROSPETTICI CORREDATI DI
FOLLOW UP A LUNGO TERMINE,
MOLTI ASPETTI DELLA
MALATTIA TROMBOEMBOLICA
CONTINUERANNO AD ESSERE
DIBATTUTI.**

Deborah Shure, MD, Master FCCP

Editor, Pulmonary Perspectives

Aymarrah Robles, MD, FCCP

Deputy Editor, Pulmonary Perspectives

(CTPH = Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension) dipendesse dalla mancata risoluzione di emboli organizzati e la sua incidenza è stata stimata intorno allo 0,1 - 0,5% di tutti gli eventi tromboembolici (Fedullo e coll. N Engl J Med 2001; 345: 1465). Le cause restano sconosciute; sono stati riscontrati incrementi di alcuni fattori protrombotici, in particolare livelli elevati di anticorpi antifosfolipidi in circa il 10-20%, ed un incremento persistente dei livelli plasmatici del fattore VIII in circa il 40% (Bonderman e coll. Thromb Haemost 2003; 90: 372).

In presenza di quesiti non risolti in tema di eziologia ed incidenza, ci si è interrogati circa il reale concetto di CTPH (Egermayer e Peacock. Eur Respir J 2000; 15: 440). Questi Autori hanno sollevato una serie di dubbi. In primo luogo, la relativa rarità di CTPH rispetto all'elevata incidenza (60-90%) di sequele trombotiche nei riscontri autoptici. Secondariamente, si sono domandati perché la maggioranza degli emboli restino asintomatici (Fedullo e coll. N Engl J Med 2001; 345: 1465), ipotizzando che la mancata evidenza di una precedente embolizzazione fosse legata non tanto ad un'evoluzione favorevole dell'evento embolico, ma piuttosto al fatto che esso non si verificasse per niente. Infine, gli Autori hanno commentato circa la mancanza di un modello animale di CTPH e circa l'impossibilità di distinguere i trombi *in situ* da quelli embolici. Le loro conclusioni sono che, in assenza di studi prospettici con follow-up a lungo termine di pazienti colpiti da eventi tromboembolici, tali controversie restano irrisolte.

Nuovi Dati

Uno studio recentemente pubblicato da parte del Gruppo di Studio sulla CTPH dell'Università di Padova ha fornito nuove ed importanti informazioni (Pengo e coll. N Engl J Med 2004; 350: 2257). Nello studio è stata esaminata l'incidenza di CTPH sintomatica a seguito di embolia polmonare efficacemente trattata in pazienti senza precedenti di embolia polmonare. Il trattamento dell'evento acuto era rappresentato da eparina, trombolisi per i casi di embolia massiva e, raramente, trombectomia. La durata minima della tera-

pia anticoagulante era di 6 mesi, con una media di 1 anno. La persistenza di dispnea induceva ad ulteriori esami come l'ecocardiografia, la scintigrafia ventilo-perfusiva e l'angiografia. Infine, nello studio veniva effettuata una valutazione separata dei fattori di rischio per CTPH nei pazienti con o senza precedenti episodi di malattia tromboembolica.

Un gruppo di 223 pazienti senza precedenti episodi è stato seguito per una media di 7,85 anni (minimo 1 anno; massimo 10 anni). L'incidenza cumulativa di CTPH sintomatica era dello 0% a tre mesi, dell'1% a 6 mesi, del 3,1% ad 1 anno e del 3,8% a 2 anni. Nessun caso veniva registrato dopo 2 anni. Questi dati sono in netto contrasto con l'opinione precedente che la patologia si realizza a distanza di molti anni dall'iniziale evento tromboembolico (Fedullo e coll. N Engl J Med 2001; 345: 1465). È probabile che ciò sia dovuto al ritardo con il quale il paziente si rivolge al medico oppure con il quale il trattamento venga iniziato, in special modo nei casi di malattia tromboembolica non diagnosticata o clinicamente silente. Un altro dato interessante che emerge da questo studio è rappresentato dal fatto che l'incidenza di recidiva della malattia tromboembolica aumenta costantemente, dal 4,9% a 3 mesi all'8% a 1 anno, al 22,1% a 5 anni, fino al 29,1% a 10 anni, nonostante la CTPH si realizzi, come detto, entro i 2 anni di follow up.

Il rischio eziologico per embolia polmonare al momento dell'evento veniva classificato in tre categorie: rischio transitorio (ad esempio, nel caso di trauma); rischio permanente (in caso di presenza di fattori protrombotici); rischio idiopatico (nel caso in cui non era possibile riconoscere alcun fattore causale noto). Dei 305 pazienti inclusi nell'analisi multivariata, come detto 223 rappresentavano la coorte nella quale l'incidenza di CTPH era del 3,8%; 58 pazienti con precedenti di trombosi venosa profonda con un'incidenza di CTPH del 5,2%; e 24 pazienti con precedenti di embolia polmonare, la cui incidenza di CTPH era del 33,3%. Gli Autori identificarono alcuni fattori di rischio indipendenti per sviluppo di CTPH:

- Precedenti di embolia polmonare;
OR 19,00

- Presentazione idiopatica; OR 5,70
- Grandi difetti di perfusione; OR 2,22 per ogni decile di riduzione nella perfusione
- Giovane età; OR 1,79 per ogni decade

La magnitudine del rischio nei pazienti con precedenti di embolia polmonare potrebbe essere in parte correlata al fatto che tali episodi, avvenuti prima dell'ingresso nello studio prospettico, potrebbero non essere stati trattati correttamente. Infatti, solo due pazienti inclusi nello studio di coorte che svilupparono CTPH presentavano precedenti di embolia polmonare.

Conclusioni

Questo importante studio italiano chiarisce alcuni dei punti oscuri riguardo la CTPH. Di sicuro, siamo adesso in grado di definirla una patologia sottodiagnosticata e meno rara di quanto non si immaginasse. Dal momento che lo studio ha valutato esclusivamente i casi di ipertensione polmonare sintomatica in una popolazione di pazienti già in trattamento anticoagulante ottimale, l'incidenza riportata del 4% rappresenta certamente il limite inferiore. La malattia vascolare polmonare, inclusa la CTPH, dovrebbe essere maggiormente presa in considerazione in tutti i casi di dispnea a genesi non chiara.

Inoltre, è ormai chiaro che questa particolare forma di ipertensione polmonare rappresenta una conseguenza di un episodio acuto di tromboembolia polmonare. Tuttavia, restano ancora alcuni dubbi sull'eziologia. Sebbene un precedente episodio di embolia rappresenti un fattore di rischio altamente significativo per lo sviluppo di CTPH, l'incidenza di embolia polmonare ricorrente presenta un trend costantemente in crescita a 10 anni di follow up, laddove l'aumento di incidenza di CTPH raggiunge il suo valore massimo dopo 2 anni. Questo dato sembra suggerire la presenza di un ulteriore fattore predisponente non ancora identificato. La malattia tromboembolica ricorrente può essere una delle cause, ma non la sola.

Sulla scorta di quanto fin qui detto è possibile affermare che è necessaria un sempre più attento follow up dei pazienti dopo un evento tromboembolico acuto, con un programma

“aggressivo” di valutazione dei sintomi. C'è bisogno di intensificare la ricerca nel tentativo di identificare le cause ed i fattori di rischio eventualmente responsabili. Sebbene non sia mai stata dimostrata alcuna predisposizione genetica, questa resta una delle possibili aree di ricerca futura. C'è qualcosa che predispone il nostro paziente alla formazione di una massiva organizzazione fibrotica del trombo acuto, che può avere luogo invece di una normale risoluzione. È, quindi, necessario identificare questo/questioni fattori.

*Deborah Shure, MD, Master FCCP
Editor, Pulmonary Perspectives
Miami, FL*

Editor's insight

Questa Perspective mette in risalto diversi ed importanti aspetti e cerca di rispondere ad alcuni quesiti riguardanti una patologia molto complessa. La CT PH è un processo morboso che si realizza come conseguenza di un'embolia polmonare acuta, più precocemente e con un'incidenza maggiore di quanto creduto finora. È ormai analogamente chiaro che i tassi di recidiva per embolia polmonare restano elevati, nonostante le moderne terapie. Ricerche ulteriori dovranno necessariamente contribuire a risolvere questi interrogativi.

*PNEUMORAMA offre ai suoi lettori Pulmonary Perspectives tratto dal numero di febbraio 2006 di CHEST Physicians, pubblicazione mensile dell'American College of Chest Physicians.
Traduzione a cura di Francesco de Blasio*

CHEST 2006



October 21 - 26, 2006

Salt Lake City, Utah



Update your medical knowledge.

Improve your practice management skills.

Maximize the care you provide your patients.

Network with other health professionals.

Experience Salt Lake City, where cityscape
meets the great escape of the Rocky Mountains.

**Learn more about the year's best learning opportunity
in chest and critical care medicine.**

**www.chestnet.org
(800) 343-2227 or (847) 498-1400**

AMERICAN COLLEGE OF
 **CHEST**
P H Y S I C I A N S





EMERGENCY è un'associazione umanitaria senza scopo di lucro, nata in Italia nel 1994, con l'obiettivo di fornire assistenza medico-chirurgica alle vittime civili dei conflitti.

ATTIVITÀ SPECIFICHE SONO:

- intervenire in zone di guerra con iniziative umanitarie a favore delle vittime, in particolare civili, dei conflitti armati, dei feriti e di tutti coloro che soffrono altre conseguenze sociali dei conflitti o della povertà quali fame, malnutrizione, malattie, assenza di cure mediche e di istruzione;
- portare soccorso alle vittime di calamità naturali;
- promuovere una cultura di pace e solidarietà nonché l'affermazione dei diritti umani.

Per le missioni in Afghanistan, Angola, Cambogia, Sierra Leone, Sudan, ricerchiamo le seguenti figure professionali:

- **CHIRURGI GENERALI E ORTOPEDICI**
- **INFERMIERI DI CORSA, TERAPIA INTENSIVA E SALA OPERATORIA**
- **MEDICI INTERNISTI, PEDIATRI, ANESTESISTI**
- **GINECOLOGHE, OSTETRICHE**
- **FISIOTERAPISTI**

PER TUTTI È RICHIESTO:

- Rilevante esperienza ospedaliera
- Capacità di adattamento a lavorare secondo protocolli clinici e operativi standardizzati.
- Capacità di adattamento a lavorare secondo ruoli prestabiliti e nel rispetto delle norme di lavoro e sicurezza.
- Disponibilità a svolgere attività di formazione e insegnamento allo staff locale.
- Predisposizione alla vita comunitaria.
- Disponibilità di permanenza all'estero preferibilmente di 6 mesi.
- Buona conoscenza della lingua inglese scritta e parlata.

Ogni espatriato è portatore di un prezioso contributo, non solo mettendo in pratica le sue competenze professionali, ma anche insegnando, formando e supervisionando: EMERGENCY pone infatti molta attenzione alla formazione dello staff locale, cui un giorno poter affidare in totale autonomia il progetto.

Maggiori dettagli sulle posizioni offerte sul sito www.emergency.it, nella sezione "attività umanitarie" / "lavora con noi".

Per candidarsi occorre inviare una e-mail a curriculum@emergency.it allegando un dettagliato CV, oppure utilizzare l'applicazione form sul sito.

L'iter selettivo prevede: valutazione del curriculum vitae e di un questionario specifico, colloquio finale di selezione presso la sede di Milano con prove di inglese (orale e scritto).

EMERGENCY

via Meravigli 12/14, 20123 Milano, tel. 02 863161 - fax 02 86316336



EMERGENCY

Operiamo per la pace

Come mandare in fumo una serata (ovvero: non è finita lì)

Nadia Zorzin



Nadia Zorzin



AIAnewsletter

Carissimi soci,

con le votazioni, svoltesi a Parma, in occasione dell'ultimo Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Aerobiologia, tenutosi a Parma dal 5 all'8 aprile di quest'anno, è stato eletto il nuovo Consiglio Direttivo. Il Congresso ha avuto un buon successo di partecipazione, che attribuirei non solo al livello delle relazioni presentate, ma più ancora all'approccio multidisciplinare che ha stimolato la curiosità di molti e che costituisce una delle peculiarità più originali della nostra Associazione. Nel corso del Congresso l'Assemblea dei Soci ha ratificato il nuovo Statuto dell'Associazione, che recepisce alcune esigenze che sono emerse negli ultimi anni, con la crescita della Associazione stessa.

Desidero ringraziare tutti voi per la fiducia che mi avete dimostrato affidandomi l'importante incarico di Presidente; mi sento sinceramente onorata di presiedere questa Società che ha visto Presidenti illustri ai quali esprimo la mia gratitudine per l'impegno profuso per la nostra Associazione e che spero insieme a tutti voi vorranno aiutarmi e sostenermi in questo mio mandato.

Un particolare ringraziamento al Presidente uscente Prof. Pierpaolo Dall'Aglio che tanto si è dedicato alla nostra Associazione e con il quale ho avuto il piacere di condividere il lavoro in questi anni di profondi cambiamenti e di apprezzarne le capacità e la maestria nel risolvere anche le questioni più delicate. Un grazie di cuore!

Mi sento ancor più onorata in quanto la mia Presidenza coincide con il ventennale della Società; spero, con lo stesso impegno ed entusiasmo di chi mi ha preceduto, di riuscire a guidare l'Associazione, che ha raggiunto questo importante traguardo, verso i prossimi appuntamenti che ci attendono rafforzando al tempo stesso la "mission" di AIA.

Tra i principali impegni che ci troveremo ad affrontare occupa sicuramente un posto di rilievo la realizzazione del pieno funzionamento della Rete Italiana di Monitoraggio Aerobiologico (RIMA), unica rete nazionale cogestita di AIA, APAT e Sistema delle Agenzie ambientali, sotto l'egida del Ministero dell'ambiente, per la cui realizzazione vi ricordo è stata firmata nel marzo del 2005 da parte di AIA e da APAT una convenzione. Lo scopo ultimo di questa iniziativa è quello di pilotare la rete di monitoraggio aerobiologico nell'ambito di una attività istituzionale di controllo della qualità dell'aria, superando una fase legata solo all'iniziativa, all'entusiasmo e alla passione di singole Strutture. Il progetto è gestito dal "Coordinamento di Rete", costituito da un rappresentante per ciascuna delle Agenzie Ambientali Regionali e da due delegati di AIA, e dalla "Segreteria scientifica" costituita da cinque membri, di cui due designati da AIA. La strada percorsa è stata tanta ma il cammino non è ancora terminato!

Nel primo Direttivo sotto la mia Presidenza, in data 28 aprile 2006 a Torino, a norma dell'art. XIII del nuovo Statuto di AIA, modificato in occasione dell'Assemblea dei Soci svoltesi a Parma in data 6 aprile 2006 ed in corso di registrazione notarile, è stato nominato da parte del Consiglio Direttivo, al quale risponde, il Comitato di Rete; quest'organo di nuova istituzione ha il preciso compito di coordinare la Rete di Monitoraggio degli Aeroallergeni ed è anche responsabile della gestione del sito WEB. Coordinatore del Comitato è stato nominato Alessandro Travaglini; componenti interni al Consiglio Direttivo sono: Roberto Albertini, Pierpaolo Dall'Aglio, Paola De Nuntiis, Emma Tedeschini, Mario Zanca ed Emanuela Zieger. Come membro esterno al Consiglio Direttivo è stata proposta ed approvata la nomina di Simone Orlandini, Prof. Associato del Dipartimento di Scienze Agronomiche e Gestione del Territorio Agro-forestale dell'Università di Firenze, nonchè Direttore del Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia.

È stato inoltre proposto ed approvato l'affidamento ai membri del Consiglio Direttivo di altri incarichi, oltre a quelli istituzionali, con la finalità di raggiungere il massimo coinvolgimento di tutti i consiglieri ed il loro fattivo impegno nel portare avanti le attività dell'Associazione. Tali incarichi sono infatti funzionali allo svolgimento, potenziamento e coordinamento delle attività di AIA tra le quali:

- l'attività di Formazione-Educazione, al fine di organizzare sia iniziative di formazione in campo aerobiologico secondo il significato più ampio del termine, sia iniziative educazionali a valenza sanitaria ed ambientale sia la promozione dell'insegnamento dell'Aerobiologia nelle Scuole di specializzazione in Allergologia ed Immunologia Clinica ed in altri Corsi di laurea;
- l'attività inerente il Processo di Accreditamento individuandone modalità e percorsi condivisi;
- il consolidamento dei Rapporti con le altre Reti Europee ed altre Società scientifiche al fine di poter sviluppare iniziative comuni, fonte di stimoli sempre nuovi per intraprendere progetti di studio e di ricerca;
- l'implementazione della Comunicazione Interna ed Esterna valorizzando la corretta e opportuna visibilità di AIA e vivacizzando il rapporto tra tutti i soci. A tale scopo sono stati individuati all'interno del Consiglio Direttivo alcuni Referenti per le Relazioni Esterne-Ufficio Stampa al fine di coordinare le modalità di ogni intervento sull'attività della nostra Associazione.

Dopo avervi informato ed aggiornato sugli ultimi avvenimenti svoltisi nel Direttivo vi ringrazio ancora per la fiducia riposta in AIA e vi invito a collaborare attivamente sperando di avere al mio fianco durante il mio mandato non solo un Direttivo sempre impegnato per seguire e sviluppare tutti i diversi aspetti della nostra attività ma soprattutto voi soci, asse portante dell'Associazione.

Solo con il vostro contributo, con i vostri suggerimenti e consigli, che potrete inviare per e-mail, potremo rendere AIA sempre forte e vitale!

Cordiali saluti a voi tutti!

Mariangela Manfredi
mariangela.manfredi@asf.toscana.it

Il nuovo Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana di Aerobiologia risulta così composto:

Presidente: Dott.ssa Mariangela Manfredi

Vice Presidente: Prof. Guido Marcer

Segretario: Dott. Roberto Albertini

Tesoriere: Dott. Lorenzo Cecchi

Past President: Prof. Pierpaolo Dall'Aglia

Consiglieri: Prof. Gennaro D'Amato, Dott.ssa Paola De Nuntiis, Dott. Sebastiano Gangemi, Dott.ssa Paola Minale, Dott.ssa Gianna Moscato, Dott.ssa Marzia Onorari, Dott.ssa Emma Tedeschini, Dott. Alessandro Travaglini, Dr. Mario Zanca, Dott.ssa Emanuela Zieger

La sede tecnico-scientifica di AIA è a Bologna presso ISAC-CNR, via Gobetti 101, 40129 Bologna, tel 051 6399575, fax 051 6399649, e-mail aia@isac.cnr.it

La sede amministrativa è a Napoli presso JGC Congressi&Comunicazione S.r.l., Via G. Quagliariello, 35/E, 80131 Napoli, tel 081-2296881, fax 081-3722158, e-mail jgcon@tin.it

Dal 5 all'8 Aprile 2006 si è tenuto a Parma, presso lo Starhotel du Parc, sotto la presidenza del Prof. Pierpaolo Dall'Aglio, Presidente dell'Associazione dal Giugno 2003, l'**XI Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Aerobiologia (AIA)**.

Il Presidente, il Consiglio della Società, che ha svolto anche la funzione di Comitato Scientifico del Congresso, ed il Comitato Organizzativo Locale, guidato dal Dott. Roberto Albertini, in questo messaggio desiderano esprimere la propria gratitudine a quanti hanno contribuito, con la loro partecipazione, all'ottima riuscita della manifestazione sia dal punto di vista scientifico che organizzativo. Per questo un particolare ringraziamento viene anche rivolto alla organizzazione JGC-Congressi, al Dott. Luigi Finizio e al sig. Marco Sommesse.

Il Congresso ha rappresentato un importante appuntamento per gli oltre 200 studiosi italiani attivamente presenti. Durante i quattro giorni di attività congressuale le 75 relazioni presentate e gli oltre 50 poster comunicati hanno reso possibile un proficuo scambio di informazioni a carattere multidisciplinare tra i vari ricercatori che studiano la dispersione nell'aria dei contaminanti biologici, sia in ambienti indoor che outdoor, e le inevitabili ricadute sulla salute umana ed in particolare, ma non solo, sulla patologia respiratoria allergica. I numerosi contributi scientifici sono stati pubblicati in un supplemento di 250 pagine del Giornale Europeo di Aerobiologia, Medicina Ambientale e Infezioni Aerotrasmesse (GEA), giornale ufficiale dell'Associazione.

I principali obiettivi del Congresso sono stati proposti e discussi in sessioni appositamente dedicate.

Una sessione è stata dedicata agli aspetti meteo-climatici che si ripercuotono sulla diffusione dei pollini in atmosfera, in rapporto anche all'inquinamento ambientale. Un'altra ha affrontato le problematiche relative alla scelta delle piante da utilizzare per il verde pubblico e privato, in rapporto alla diversa allergenicità dei loro pollini ed ha coinvolto esperti, amministratori locali, esponenti del mondo florovivaistico e di aziende produttrici di energia. È stato trattato il tema della qualità dell'aria in ambienti ospedalieri a contaminazione controllata e l'inquinamento in ambienti confinati; una sessione ha affrontato il tema delle reazioni crociate tra pollini e alimenti, il problema della presenza nei cibi di contaminanti alimentari, anche se in tracce, in rapporto alle nuove normative europee sulla sicurezza dei prodotti alimentari; al termine è stato anche affrontato il problema della diagnostica delle allergie ed intolleranze alimentari alla luce delle tecniche validate e di quelle, purtroppo numerose, non scientificamente validate ma ampiamente diffuse. Per la prima volta nel corso del Congresso si è inoltre parlato del contributo dell'Aerobiologia alla Criminopalinologia e più in generale alla Palinologia Forense, grazie alla partecipazione dei principali operatori del settore, quali la Polizia Scientifica ed il RIS dei Carabinieri.

Sono stati pure illustrate e valutate, da parte della componente medica, le possibili terapie delle malattie allergiche respiratorie: le nuove e future terapie con vaccini, soprattutto per via sublinguale, la loro efficacia e sicurezza per la prevenzione della patologia allergica ed i nuovi farmaci, ormai a disposizione del medico, per un più completo controllo delle patologie respiratorie, pertanto più efficaci e con minori effetti collaterali, come gli antistaminici ed i glicocorticoidi di nuova generazione, e gli anti leucotrieni, proposti per migliorare ulteriormente il controllo della flogosi sia delle alte che delle basse vie respiratorie. Nella sessione successiva sono stati discussi gli aspetti educazionali della corretta informazione e della formazione che deve iniziare precocemente, fin dall'epoca scolare. In un'altra sessione sono state trattate le problematiche per la migliore conservazione di tutti i beni culturali, dei quali l'Italia è particolarmente ricca, indispensabili ed irrinunciabili per la formazione delle future generazioni.

Il Congresso ha inoltre rappresentato l'occasione per annunciare, congiuntamente, da parte di AIA e APAT (Agenzia Protezione Ambiente e per i Servizi Tecnici) l'inizio dell'attività, nel 2006, della Rete Italiana di Monitoraggio Aerobiologico (RIMA) coordinata da APAT, frutto di

uno sforzo organizzativo della Rete AIA, già operante da oltre 20 anni su tutto il territorio nazionale, e del Sistema delle Agenzie Ambientali Regionali (ARPA), già attivo in diverse regioni. Tale rete *unificata* formata da circa 95 centri di monitoraggio, che sono distribuiti su tutto il territorio italiano ed fanno capo ad: ARPA, Aziende Sanitarie, CNR, Università ed altri Enti Pubblici e Privati, permetterà la diffusione, su scala locale, di bollettini relativi alla concentrazione dei pollini e delle spore fungine presenti nell'aria, redatti da tutti i Centri secondo una metodica standardizzata. Tale bollettino ha lo scopo di fornire utili elementi al medico di famiglia, agli specialisti, in particolare all'allergologo, e al paziente stesso per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la gestione clinica delle pollinosi, anche in funzione di eventuali spostamenti dei pazienti sul territorio nazionale, per lavoro, vacanze, o anche attività sportiva, considerando la diversa distribuzione dei pollini, nello stesso momento, nelle 7 diverse aree geoclimatiche presenti in Italia.

Nel corso del Convegno è stata anche allestita, a cura del Dott. Zanca un'esposizione di rari e preziosi libri, stampe d'epoca e strumentazioni varie a documentazione della storia dell'aerobiologia e dell'allergologia dalle epoche antiche ai giorni nostri.

Molto apprezzato è stato inoltre il programma conviviale che ha fornito la possibilità, ai convenuti, di apprezzare i più rinomati prodotti tipici della zona di Parma, universalmente riconosciuta come la food valley italiana, in alcuni dei più noti locali della città e della provincia. Sono stati festeggiati anche i Past-Presidents che si sono succeduti alla guida dell'Associazione, dal 1985, anno della fondazione, ai quali sono stati consegnati, come ringraziamento dell'attività svolta, una pergamena ed una preziosa ceramica artistica di produzione locale. Durante l'Assemblea dei soci è stato eletto il nuovo Consiglio Direttivo, per il Prossimo triennio, che vede Presidente la Dott.ssa Mariangela Manfredi, Vice Presidente il Dott. Guido Marcer, Past-President il Prof. Pierpaolo Dall'Aglio, Segretario il Dott. Roberto Albertini, Tesoriere il Dott. Lorenzo Cecchi e, come Consiglieri, i Dott.ri Gennaro D'Amato, Paola De Nuntiis, Sebastiano Gangemi, Paola Minale, Gianna Moscato, Marzia Onorari, Emma Tedeschini, Alessandro Travaglini, Mario Zanca, Emanuela Zieger.

Ancora un sincero ringraziamento a tutti, i complimenti alla dott.ssa Manfredi e a tutto il nuovo Consiglio Direttivo di AIA con l'augurio di un proficuo lavoro nella consapevolezza della notevole importanza, scientifica e pratica, dell'aerobiologia, scienza interdisciplinare, che si ripercuote in numerosi settori anche diversificati fra loro, come evidenziato dalle numerose sessioni che si sono avvicendate durante l'XI Congresso Nazionale.

Parma, 10 Aprile 2006

Prof. Pierpaolo Dall'Aglio

Congressi internazionali

CANCELLATO: XVIII World Congress of Asthma

15-18 luglio 2006, Losanna, CH, Conventus of Switzerland - Nyon, CH, Tel. +41 22 9068570
Fax +41 22 9068575, congress@conventus-swiss.com

9th International Pollination Symposium

23-28 luglio, Iowa State University, Ames, Iowa

Pre 8th International Congress Advanced Aerobiology Course (AA 2006)

"Pollen dispersal in an alpine environment"

14-19 agosto, Sion, Svizzera

pollen@meteoswiss.ch, www.aerobiology.ch, <http://www.isac.cnr.it/aerobio/iaa/IAACOUR.htm>

8th International Congress on Aerobiology: “Aerobiology: towards a comprehensive vision”
21-25 agosto, Neuchâtel, Svizzera, Chair person: Dr. Bernard Clot, MeteoSwiss, Les Innuardes, CH
1530 Payerne, Tel +41 26 662 62 59, Fax +41 26 662 62 12

European Palaeobotanical-Palynological Conference
7-12 settembre 2006, Praga, Repubblica Ceca, Contatto: Stanislav Oplustil
eppc2006@natur.cuni.cz

Aerobiologia oltralpe

Pre 8th International Congress Advanced Aerobiology Course (AA 2006)

Dal 14 al 19 Agosto si svolgerà a Sion, in Svizzera, il corso “*Aerobiologia in ambiente alpino*” che anticipa l’ottavo congresso internazionale sull’Aerobiologia “*Aerobiology: towards a comprehensive vision*”.

Il corso è rivolto a studenti che abbiano già una conoscenza di base dell’Aerobiologia o ad aerobiologi che vogliano incrementare le loro esperienze.

Questo corso si propone i seguenti obiettivi: approfondire la conoscenza dei sistemi meteorologici nelle Alpi, fornire le basi per la creazione di modelli di dispersione e per la mappatura tramite GIS, analizzare i dati pollinici e meteorologici e usare un modello di dispersione per simulare la dispersione del polline in una stretta valle alpina.

Il luogo scelto per il corso per la sua particolare conformazione, favorisce lo studio della dispersione del polline e la localizzazione delle sorgenti polliniche.

8th International Congress on Aerobiology: “Aerobiology: towards a comprehensive vision”

A Neuchâtel in Svizzera, dal 21 al 25 Agosto 2006 si terrà VIII congresso di Aerobiologia, occasione importante per fare il punto sul percorso compiuto dall’Aerobiologia.

L’Aerobiologia nasce come disciplina di transizione tra le diverse scienze tradizionali. È giunto il tempo che l’Aerobiologia diventi una scienza integrata e che la collaborazione tra aerobiologi e scienziati si faccia più stretta al fine di raggiungere un significativo spirito aerobiologico. Solo un pensiero cooperativo, infatti, permette di affrontare sistemi complessi, e di far fronte alle nuove sfide.

Per avere maggiori informazioni visita il sito <http://www.isac.cnr.it/aerobio/iaa/index.html> e vai alle sezioni *IAA Congress* e *IAA International Courses*.

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI AEROBIOLOGIA Rete Italiana di Monitoraggio degli Aeroallergeni

AI2 - Novi Ligure

M.G. Mazzarello, L.G. Cremonte
ASL 22, Osp. di Ovada,
Osp. Civile Novi Ligure,
Via Ruffini 22 - 15076 Ovada (AL)

AI3 - Acqui Terme

M.G. Mazzarello, L.G. Cremonte
ASL 22, Osp. di Ovada,
Osp. Civile Novi Ligure
Via Ruffini 22 - 15076 Ovada (AL)

AI4 - Ovada

M.G. Mazzarello, L.G. Cremonte
ASL 22, Osp. di Ovada,
Osp. Civile Novi Ligure
Via Ruffini 22 - 15076 Ovada (AL)

AI5 - Casale Monferrato

L.G. Cremonte, E. Piccolini, M.G. Mazzarello
ASL 21 Osp. S. Spirito Casale Monferrato
Via Giolitti 2
15033 Casale Monferrato (AL)

Ao2 - Aosta

R. Martello, P. Acconcia
A.R.P.A. Valle D'Aosta
Loc. Grande Charrière, 44
11020 Saint-Christophe (AO)

Ao3 - Frazione Gimillan (Cogne)

R. Martello, P. Acconcia
A.R.P.A. Valle D'Aosta
Loc. Grande Charrière, 44
11020 Saint-Christophe (AO)

Ap1 - Ascoli Piceno

G. Nardi
Osp. Prov. Mazzoni A.S.L. 13
Serv. Immun. Allerg. e TrASFusioneale
Via Degli Iris, 35 - 63100 Ascoli Piceno

Ap2 - S. Benedetto Del Tronto

E. Piunti, R. Alleva, R. Caruso
ASL 12 - Allergologia
Via Manara, 7
63039 S. Benedetto Del Tronto (AP)

Av1 - Mercogliano

U. Viola
Casa di Cura "Montevergine"
Via M. Malzoni 4 - 83013 Mercogliano (AV)

Bo1 - Bologna

A.M. Casali, M. Felicori
A.R.P.A. - Sez. Provin. di Bologna
Via Triachini, 17 - 40137 Bologna

Bo3 - S. Giovanni in Persiceto

S. Marvelli, L. Olmi
Centro Agricoltura Ambiente SRL
Via di Mezzo Levante, 2233
40014 Crevalcore (BO)

Bo5 - S. Pietro Capofiume

S. Marvelli
Centro Agricoltura Ambiente SRL
Via di Mezzo Levante, 2233
40014 Crevalcore (BO)

Bz2 - Bolzano

E. Bucher, V. Kofler, E. Zieger
Appa Bolzano
Laboratorio Biologico Provinciale
Via Sottomonte, 2 - 39055 Laives (BZ)

Bz3 - Brunico

E. Bucher, V. Kofler
Appa Bolzano
Laboratorio Biologico Provinciale
Via Sottomonte, 2 - 39055 Laives (BZ)

Bz4 - Silandro

E. Bucher, V. Kofler
Appa Bolzano
Laboratorio Biologico Provinciale
Via Sottomonte, 2 - 39055 Laives (BZ)

Ca1 - Cagliari

G. Piu, P.U. Mulas, C. Caddeo
Ambulatorio di Allergologia
Via Zagabria, 51 - Cagliari

Cb1 - Campobasso

A. Lucci, A. Mollicelli, V. Nardelli
A.R.P.A. Molise, Dip. di Campobasso
Via Petrella, 1 - 86100 Campobasso

Cs1 - Cosenza

F. Romano, M.I. Scarlato
Azienda Ospedaliera di Cosenza
O. "Mariano Santo"
Via Benedetto Croce, 23
87036 Cosenza

Ct3 - Acireale

G. Tringali, M. Timpanaro, B. Diana
I.R.M.A. SRL, Istituto Ricerca Medica
e Ambientale
Via Paolo Vasta, 158/C
95024 Acireale (CT)

Fe1 - Ferrara

F. Ghion, E. Manfredini
A.R.P.A. - Sez. Provinciale di Ferrara
Corso Della Giovecca, 169 - 44100 Ferrara

Fi1 - Firenze Nw

M. Onorari, M.P. Domeneghetti
Arpat, Articolazione Funzionale di
Aerobiologia del Dip. di Pistoia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Fi2 - Firenze Sw

M. Manfredi
U.O. Immunologia Allergologia
Nuovo Osp. S. Giovanni di Dio
Via Torregalli, 3 - 50143 Firenze

Fo1 - Forlì

C. Nizzoli, E. Fantini, P. Veronesi
A.R.P.A. Sez. Provin. di Forlì/Cesena
Viale Salinatore, 20 - 47100 Forlì

Fo2 - Cesena

C. Nizzoli, E. Fantini, P. Veronesi
A.R.P.A.
Sez. Provin. di Forlì/Cesena
Viale Salinatore, 20 - 47100 Forlì

Fo3 - Rimini

M.T. Biagini, P. Anelli
A.R.P.A. E.R. - Sez. Provin. di Rimini
Via Gambalunga 83 - 47900 Rimini

Ge1 - Genova

S. Voltolini, A. Fichera, C. Montanari
Azienda Ospedale S. Martino e Cliniche
Universitarie Convenzionate
Largo R. Benzi, 10 - 16132 Genova

Ge2 - Lavagna

G. Albalustri, M. Audisio, A.P. Greco
ASL 4 Chiavarese
Loc. S. Andrea di Rovereto
16043 Chiavari - (GE)

Ge4 - Genova

M. Molina, S. Trichilo
A.R.P.A.L. - Dipartimento di Genova
Via Bombrini, 8 - 16149 Genova

Im3 - Imperia

L. Ocellio, E. Ceretta, M. Ferri
A.R.P.A.L. Dip. di Imperia
Via Nizza, 6 - 18100 Imperia

Is1 - Isernia

A. Lucci, A. Mollicelli, V. Nardelli
A.R.P.A. Molise, Dip. di Campobasso
Via Petrella, 1 - 86100 Campobasso

Lc1 - Casatenovo

F. Della Torre, A. Molinari
I.N.R.C.A. - I.R.C.C.S., ASL Lecco
Via Monteregio, 13
23880 Casatenovo (LC)

Lu1 - Pietrasanta

M. Onorari, M.P. Domeneghetti
Arpat, Articolazione Funzionale di
Aerobiologia del Dip. di Pistoia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Me5 - Messina Nord

R. Picone, S. Damino
Università di Messina, Dipartimento di
Scienze Botaniche
Salita Sperone, 31
98166 Località S. Agata - Messina

Mo1 - Modena

L. Venturi, C. Barbieri
Arpa - Sez. Provin. di Modena
Via Fontanelli, 23 - 41100 Modena

Mo2 - Vignola

A.M. Mercuri, P. Torri
Università di Modena e Reggio Emilia,
Dip. del Museo di Paleobiologia e
dell'Orto Botanico
Viale Caduti in Guerra, 12
41100 Modena

Na2- Napoli Nord

G. D'amato, M. Russo
A.O.R.N. Cardarelli
Rione Sirignano, 13 - 80131 Napoli

Pc1 - S. Lazzaro Alberoni

L. Contardi, A. Lodigiani, G. Gallinari
A.R.P.A. Sez. Provin. di Piacenza
Settore Biotossicologico
Via XXI Aprile, 48 - 29100 Piacenza

Pd1 - Padova

G. Marcer, A. Bordin
Dip. di Medicina Ambientale e Sanità
Pubblica
Medicina del Lavoro - Università di Padova
Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova

Pg1 - Perugia

E. Tedeschini
Univ. Perugia, Dip. di Biologia vegetale e
biotecnologie agro-ambientali e
zootecniche
Via Borgo XX Giugno, 74 - 06121 Perugia

Pr1 - Parma

P. Dall'aglio, R. Albertini, D. Giordano,
D. Usberti
Università degli Studi di Parma
Via Gramsci, 14 - 43100 Parma

Pr2 - Parma Ovest

F. Cassoni, G. Pinto, F. Fontana
A.R.P.A. E.R. - Sez. Provin. di Parma
Via Spalato, 4 - 43100 Parma

Pt1 - Pistoia

M. Onorari, M.P. Domeneghetti
Arpat, Articolazione Funzionale di
Aerobiologia del Dip. di Pistoia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Pt2 - Montecatini Terme

M. Onorari, M.P. Domeneghetti
Arpat, Articolazione Funzionale di
Aerobiologia del Dip. di Pistoia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Pu1 - Pesaro

S. Circolone, V. Rossi
Provincia di Pesaro e Urbino
Via Gramsci, 7 - 61100 Pesaro

Pv1 - Montescano

C. Fracchia, S. Ricci
Fondazione "S. Maugeri",
Centro Medico Montescano
Via Per Montescano
27040 Montescano (PV)

Pv2- Pavia

C. Biale, A. Bossi, M.G. Calcagno
Fondazione "S. Maugeri" (I.R.C.C.S.)
Servizio Autonomo di Allergologia e
Immunologia Clinica
Via A. Ferrara, 8 - 27100 Pavia

Ra3 - Ravenna

M. Pagnani
A.R.P.A. - Sez. Provin. di Ravenna
Via Alberoni, 17
48100 Ravenna

Re1 - Reggio Emilia

L. Camellini, M. Cavalchi, M. Ingrassia
A.R.P.A. - Sez. Provin. di Reggio Emilia
Via Amendola, 2
42100 Reggio Emilia

Rm5 - Roma Tor Vergata

(Fac. Scienze)
A. Travaglini, D. Leonardi, S. Silvestri
Università di Roma Tor Vergata
Dipartimento di Biologia
Via Della Ricerca Scientifica, 1
00133 Roma

Rm6 - Roma Nw (Osp. S. Pietro)

A. Travaglini, F. Froio, D. Leonardi, S. Silvestri
Università di Roma Tor Vergata
Dipartimento di Biologia
Via Della Ricerca Scientifica, 1
00133 Roma

Rm8 - Roma Centro (Ucea)

M.C. Serra
UCEA
Via Del Caravita, 7/A - 0186 Roma

So2 - Sondrio

P. Scherini
Asl Della Provincia di Sondrio,
Laboratorio di Sanità Pubblica
Via Stelvio, 35/A - 23100 Sondrio

Sp2 - La Spezia

C. Grillo, E. Rossi
A.R.P.A.L. - Dip. Provinciale La Spezia
Via Fontevivo, 21 - 19125 La Spezia

Ss1 - Sassari

G. Vargiu, A. Vargiu
Studio Specialistico Allergologico
e Immunologico
Piazza Mons. Mazzotti, 6 - 07100 Sassari

Sv4 - Savona

D. Alleteo, F. Maida
Arpal - Dip. di Savona
Via Zunini, 1 - 17100 Savona

Tn2 - S. Michele all'Adige

E. Gottardini, F. Cristofolini
Istituto Agrario di S. Michele All'Adige
Via Mach, 2
38010 San Michele All'Adige (TN)

To2 - Torino

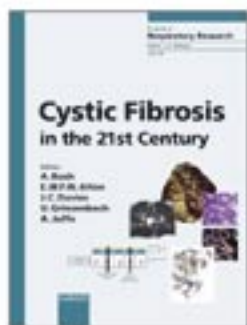
R. Caramiello, L. Reale, F. Nebiolo
Università di Torino, Dip. Biologia Vegetale
Viale Mattioli, 25 - 10125 Torino

Va3 - Busto Arsizio

P. Zanon, E. Chiodini, P. Pozzi
Az. Osp. "Ospedale di Busto Arsizio",
Serv. Allergologia - U.O. Pneumologia/
Medicina Nucleare
Piazzale Solano, 3
21052 Busto Arsizio (VA)

Buy it from MIDIA

Cystic Fibrosis in the 21st Century



Progress in Respiratory Research, Vol. 34
Cystic Fibrosis in the 21st Century
Editors: Bush, A.; Alton, E.W.F.W.;
Davies, J.; Griesenbach, U.; Jaffe, A.
(London)
X + 330 p., 83 fig., 15 in color; 47 tab.,
hard cover, 2006
EUR 141.50
ISBN 3-8055-7960-8

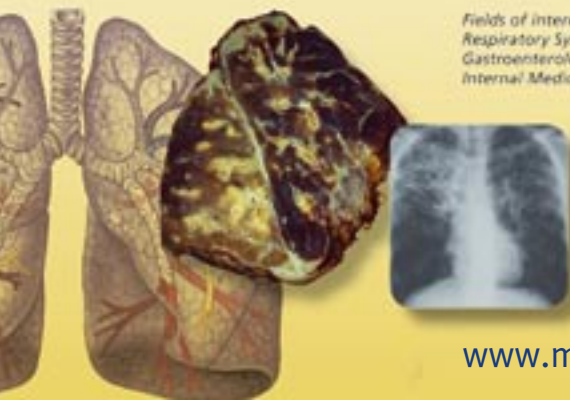
**Direttamente
a casa tua.**

Telefona al
numero verde  **800-601715**

Cystic fibrosis used to be thought of as a respiratory and digestive disease, with a uniformly and rapidly fatal outcome. The spectrum of the disease has broadened into the mild atypical case, presenting in middle age, with the potential for complications in virtually every system of the body. In the past few years there has been an explosion of knowledge of the basic science of the defect. The editors have therefore invited the leading scientists and clinicians in the field of cystic fibrosis to describe the recent advances in this disease. Although there are many 'Recent Advances' texts, previous books have been selective in their choice of topics. This book is the first to cover the entire field of this complex disease, and encompasses the rapidly moving topics of the basic molecular and cellular biology as well as the recent multisystem, multidisciplinary advances in the clinical care of patients. The authors have been charged with writing only about new developments and not to rehash old literature. The bulk of the references is therefore less than five years old.

This book addresses all professionals who treat cystic fibrosis and want to have an update of new findings in the field, particularly of those outside their immediate specialisation. It will also be useful for basic researchers interested in related scientific areas and the clinical context of their work.

Fields of interest:
Respiratory System, Pediatrics, Cell Biology, Genetics,
Gastroenterology, Microbiology, Molecular Biology,
Internal Medicine, Nursing



KARGER

www.midiaonline.it

AAPC**Associazione Aretina di Pneumologia Clinica**

Soci: I. Archinucci, M. Biagini, G. Coniglio, G. Guadagni, M. Naldi, R. Scala

Sede: U.O. Broncopneumologia ASL 8 AR Ospedale San Donato

via Pietro Nenni 20 - 52100 Arezzo

Tel. centr. 0575 2551 - rep. 0575 254541

Fax 0575 254545 m.naldi@usl8.toscana.it

ACCP**American College of Chest Physicians Capitolo Italiano**

Regent: G.U. Di Maria (CT)

Governors: A. Chetta (PR), A. Corrado (FI),

N.Crimi (CT), R. Dal Negro (VR), M. Del Donno (BN),

G. Girbino (ME), M. Polverino (SA),

O. Resta (BA), P. Zannini (MI)

Segreteria Nazionale: Francesco de Blasio
Unità Funzionale di Riabilitazione Respiratoria,
Casa di Cura Clinic Center S.p.A.

Via Cintia - Parco S. Paolo - 80126 Napoli

Tel. 081 7283144 - Fax 081 8046977

fdeblasio@qubisoft.it

AIA**Associazione Italiana di Aerobiologia**

Presidente: P. Dall'Aglio

Vice Presidente: M. Manfredi

Past President: P. Mandrioli

Segretario-Tesoriere: P. Minale

Consiglieri: R. Albertini, G. D'Amato, P. De Nuntiis, S. Gangemi, G. Marcer, M. Onorari, E. Tedeschini, A. Travaglini, M. Zanca

Sede: c/o Istituto ISAC-CNR

Via Gobetti 101 - 40129 Bologna

Tel. 051 6399575 Fax 051 6399649

aia@isac.cnr.it

www.isac.cnr.it/aerobio/aia

A.A.I.T.O.**Associazione Allergologi e Immunologi Territoriali e Ospedalieri**

Presidente: F. Bonifazi

Vice Presidente - Segretario: C. Troise

Vice Presidente - Tesoriere: V. Feliziani

Consiglio direttivo: G. Cadario, S. Amoroso, G. Senna, A. Musarra, A. Antico, C. Lombardi, F. Stefanini, M. Galimberti, S. Ardito

Revisori dei conti: G. Minore, G. Manfredi, G. Nordi

Probiviri: A. Negrini, F. Donazzan, S. Barca

Sezione Aerobiologia: R. Ariano

Segreteria: C. Troise

AUSL 3 Lanciano-Vasto, U.O.C. Medicina Interna

Presidio Ospedaliero di Lanciano

Via del Mare, 1 - 66034 Lanciano

Tel./Fax 0872 706393

Referenti Regionali

Abruzzo: M. Nucilli

Calabria: R. Longo

Emilia Romagna: M. Giovannini

Coordinatori Mono - Aree

Piemonte, Liguria, Valle d'Aosta: R. Cantone

Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia: F.

Pezzuto, Lazio, Abruzzo, Molise, Marche, Toscana,

Sardegna: V. Di Rienzo

AIMAR**Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie**

Presidente: C.F. Donner (Veruno, NO)

Vice Presidenti: F. De Benedetto (CH);

C.M. Sanguinetti (Roma)

Segretario Generale/Tesoriere: S. Nardini (Vittorio Veneto, TV)

Responsabile Attività Editoriali: C.M. Sanguinetti (Roma)

Coordinatori Sezioni Regionali: A. Cavalli (Bo);

M. Polverino (Cava de' Tirreni (SA)

Comitato Scientifico AIMAR

Coordinatore: L. Allegra (MI)

- Ambiente e Allergologia: G. D'Amato (NA)

- Anestesiologia e Rianimazione: M. Ranieri (TO)

- Cardiologia: N. Gallié (BO)

- Chirurgia Toracica: F. Sartori (PD)

- Diagnostica per Immagini: F. Schiavon (BL);

A.Carriero (NO)

- Endocrinologia: A. Pinchera (PI)

- Epidemiologia: F. Romano (CH)

- Farmacologia: I. Viano (NO)

- Formazione e Qualità: M. Capelli (BO),

P. Poletti (PD)

- Gastroenterologia: G. Bianchi Porro (MI), L. Capurso (Rm)

- Geriatria: E. Tupputi (BA), S.M. Zuccaro (Roma)

- Immunologia: G. Montrucchio (TO)

- Infettivologia: E. Concia (VR)

- Medicina Generale: C. Cricelli (FI)

- Medicina Interna: R. Corinaldesi (BO)

- Medicina del Lavoro: P. Carta (CA); G. Muzi (PG)

- Microbiologia: G.C. Schito (GE)

- Neurologia: L. Ferini Strambi (Mi)

- Otorinolaringoiatria: M. De Benedetto (LE);

D. Passali (SI)

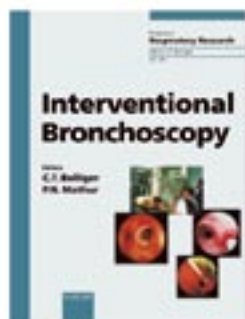
- Pediatria: F.M. De Benedictis (AN), A. Barbato (PD)

- Pneumologia: F. Blasi (MI), L. Casali (TR),

M. Cazzola (NA), F. De Benedetto (CH),

G.U. Di Maria (CT), G. Girbino (ME), C. Grassi (MI),

Buy it from MIDIA



Vol. 30

Interventional Bronchoscopy

Editors: Bolliger, C.T. (Cape Town); Mathur, P.N. (Indianapolis, Ind.)

X + 298 p., 171 fig., 60 in color, 80 tab.,

hard cover, 2000

EUR 141.50

ISBN 3-8055-6851-7

'There is no doubt that the editors (Bolliger and Mathur) of *Interventional Bronchoscopy* did a wonderful job with this new addition to the *Progress in Respiratory Research* series published by Karger.

... a very helpful addition to any bronchologist's textbook library.'

Journal of Bronchology



Vol. 32

Clinical Exercise Testing

Editors: Weisman, I.M.; Zeballos, R.J. (El Paso, Tex.)

X + 330 p., 83 fig., 10 in color, 97 tab.,

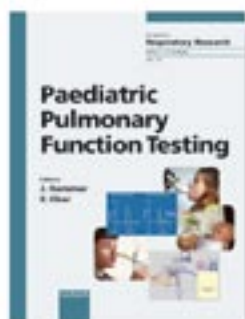
hard cover, 2002

EUR 158.-

ISBN 3-8055-7298-0

'... In summary, *Clinical Exercise Testing* is a beautifully presented, eminently readable, and authoritative state-of-the-art text suited to be used both as a learning tool and as a reference resource.'

CHEST



Vol. 33

Paediatric Pulmonary Function Testing

Editors: Hammer, J. (Basel); Eber, E. (Graz)

X + 288 p., 80 fig., 27 in color, 41 tab.,

hard cover, 2005

EUR 120.-

ISBN 3-8055-7753-2

MIDIA srl
Tel. 039 2304440 - Fax 039 2304442
midia@midiaonline.it

www.midiaonline.it

**Direttamente
a casa tua.**

Telefona al
numero verde **800-601715**

KARGER

D. Olivieri (PR), P. Paggiaro (PI) P. Palange (Roma); R. Pela (AP), M. Polverino (Cava de' Tirreni, SA), L. Portalone (Roma), C. Saltini (Roma), C.M. Sanguinetti (Roma)

- Rapporti con i Pazienti: M. Franchi (Roma)

Referenti Regionali:

- Piemonte e Valle D'Aosta: C. Gulotta (TO)
G. Ferretti (AL)
- Liguria: F. Fabiano (SP), G.A. Rossi (GE)
- Lombardia: S. Centanni (MI), S. Lo Cicero (MI)
- Trentino Alto Adige: S. Bassetti (Arco di Trento, TN)
- Veneto e Friuli Venezia Giulia: M. Pattarello (VR)
- Emilia Romagna: A. Cavalli (BO)
- Toscana: G. Roggi (LU), C. Franco (GR),
A. Collodoro (SI), G.F. Sevieri (Viareggio, LU)
- Umbria: O. Penza (PG)
- Marche: A. Calcagni (Porto San Giorgio, AP),
P. Isidori (Fano, PU)
- Abruzzo e Molise: C. De Iuliis (TE)
- Lazio: P. Alimonti (RM)
- Puglia: V. Mancini (Acquaviva Delle Fonti, BA),
L. Mandurino (LE), U. Vincenzi (FO)
- Campania: M. Polverino (Cava De' Tirreni, SA),
P. Zamparelli (Sorrento, NA)
- Basilicata: M. Celano (PZ), M.C. Martini
(Villa D'Agri, PZ)
- Calabria: S. Barbera (CS)
- Sicilia: E. Padua (RG), F. Relo (ME), G.U. Di Maria (CT)
- Sardegna: R. Atzeni (Nu)

Sede Legale, Operativa e Segreteria

AIMAR c/o Studio Porgram Srl
Viale Marazza, 30 - 28021 Borgomanero (NO)
Tel. 0322 846549 - Fax 0322 869737
segreteria@aimarnetwork.org

Direttore Generale

Gianpaolo Frigerio - Tel. 335 5749628
gianpaolo.frigerio@tiscali.it

Ufficio Stampa: Studio Volterra

Via San Calocero, 12 - 20123 Milano
Tel. 02 8358694 - Fax 02 8375741
volterra@mi.flashnet.it

Sito Internet dell'Associazione

www.aimarnetwork.org

Editor del Sito: C.M. Sanguinetti

AIMEF

Associazione Italiana Medici di Famiglia

L'Associazione Italiana Medici di Famiglia (AIMEF) è un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale (Onlus). La sua denominazione internazionale è Italian Academy of Family Physicians (IAFP): Gli obiettivi statutari sono la ricerca, la produzione scientifica, la formazione, l'educazione sanitaria, l'interscambio di conoscenze ed esperienze professionali. La struttura societaria si compone di Dipartimenti, Unità Operative Cliniche e sezioni

locali denominate Cenacoli. AIMEF si è data una organizzazione in unità funzionali costituite da Dipartimenti che hanno un programma e un responsabile. Essi sono: didattica e formazione, ricerca, informatica e telematica, bioetica, nursing, educazione sanitaria. A fianco dei Dipartimenti vi sono delle Unità Operative Cliniche (cardiologia, pneumologia, ginecologia, urologia, dermatologia ecc.) che avranno il compito di supportare i Dipartimenti e fornire materiale per la formazione e la ricerca.

Consiglio Direttivo

Presidente: G.S. Tritto

Vice Presidente: M. Bisconcini

Segretario: G. Mantovani

Tesoriere: G. Filocamo

Consiglieri: P. Giarretta, G. Di Dio, N. Dilillo,
A. Infantino, G. Loro, C. Marzo, C. Piccinini

Sede legale: P.zza Duca d'Aosta, 12 - 20124 Milano
Tel. 02 67490005 - Fax 02 67385689
mail@aimef.org - www.aimef.org

AIMS

Associazione Italiana di Medicina del Sonno

Presidente Onorario: E. Lugaresi

Past President: F. Cirignotta

Consiglio Direttivo

Presidente: L. Ferini-Strambi

Centro per i Disturbi del Sonno Istituto Scientifico
Ospedale S. Raffaele

Via Stamira D'Ancona, 20 - 20127 Milano
Tel. 02 26433383-3358 - Fax 02 26433394
www.sonnomed.it

Vice Presidente: F. Ferrillo

Centro di Medicina del Sonno Servizio di
Neurofisiopatologia
Dipartimento di Scienze Motorie Università
di Genova, Ospedale S. Martino

Piazza R. Benzi 10 - 12126 Genova
Tel. 010 3537460 - 3537465 - Fax 010 3537699

Segretario: G.L. Gigli

Centro di Medicina del Sonno

Dipartimento di Neuroscienze

Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia
33100 Udine

Tel. 0432 552720 - Fax 0432 552719

Tesoriere: M. Guazzelli

Laboratorio Studio e Trattamento del Sonno e del
Sogno, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia,
Farmacologia e Biotecnologie Clinica Psichiatrica
Via Roma 67 - 56100 Pisa

Tel. 050 992658 - Fax 050 21581

Consiglieri: E. Bonanni, A. Braghiroli, O. Bruni,
R. Ferri, S. Mondini, L. Parrino, M. Savarese,
C. Vicini, M. Zucconi

A.I.P.A.S. Onlus **Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno**

Presidente: Enrico Brunello

Vice Presidente: Chiavegato Mariagrazia

Referente regionale per il Lazio: Marina Fiori-Mattiolo

Sede centrale:

20157 Milano, Via vittani 5

Tel./Fax 023551727 - Cell:3343361267

Email: info@sleepapnea-online.it,

aipasonlus@fastwebnet.it

URL: www.sleepapnea-online.it

Il perché di un'Associazione

La nascita della Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno, A.I.P.A.S.

Onlus, è motivata dalla volontà di portare a livello capillare su tutto il territorio nazionale, una precisa e corretta informazione sulle Apnee Morfeiche, i danni derivanti dal non curarsi in modo corretto e tutte quelle patologie che possono di conseguenza insorgere. Oltre a questo, l'A.I.P.A.S. si pone come tramite per i suoi associati, tra i medici di base, i Centri del Sonno e le ASL per fornire a tutti un punto di riferimento, un aiuto corretto e la tutela dei propri diritti in tutte le forme possibili.

Per raggiungere i nostri scopi utilizzeremo ogni mezzo possibile di comunicazione, dai giornali alle radio, ad internet e la televisione; inoltre saranno organizzati corsi e seminari informativi in ogni città italiana. Essere soci dell'A.I.P.A.S. Onlus vuol dire quindi essere correttamente informati, seguiti e preparati ad affrontare la terapia peronale nella maniera più adeguata ed anche avere un supporto ed un punto di riferimento per migliorare la qualità della vita sia vostra che dei vostri cari.

Come diventare soci

L'A.I.P.A.S. è formata da Soci Ordinari e Soci Sostenitori.

Si diventa:

– Soci Ordinari, versando la quota associativa di Euro 15,00 annuali;

– Soci Sostenitori, versando una quota associativa a partire da Euro 100,00

sul c/c postale n. 58276601 intestato ad A.I.P.A.S. Onlus o con bonifico bancario.

Sarà accettata l'iscrizione del/la Socio/a che ci farà pervenire in busta chiusa ed affrancata al seguente indirizzo:

A.I.P.A.S. Onlus

Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno

20157 Milano, Via vittani 5

la "Richiesta d'iscrizione" (si può richiedere il modulo telefonando allo 02 3551727) compilata in

tutte le sue parti ed accompagnata da una fotocopia del versamento effettuato.

La nostra Segreteria, provvederà nel più breve tempo possibile, ad inviare la tessera d'iscrizione.

AIPI Onlus **Associazione Ipertensione Polmonare Italiana**

Presidente: P. Ferrari

cell. 348 4023432 - pisana.deciani@libero.it

Vice Presidente: L. Radicchi

Tel./Fax 075 395396 - cell. 333 3407692

illeo@interfree.it - www.aiipiitalia.org

Sede legale e amministrativa:

Viale Marconi, 38 - 40050 Loiano (BO)

Eventuali contributi possono essere versati tramite:

c/c bancario presso: Cassa di Risparmio di Bologna filiale di Pianoro (BO) intestato a A.I.P.I.

c/c 10150 - ABI 6385 - CAB 37000;

c/c postale n. 25948522 intestato a A.I.P.I.

AIPO **Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri**

Presidente: A. Corrado

Vice presidente: F. Falcone

Segretario generale Tesoriere: S. Amaducci

Comitato Esecutivo: S. Calabro, S. Gasparini, P. Greco, M. Nosenzo, F. Vigorito

Consiglio Nazionale: N. Ambrosino, S. Baldi, P.A. Canessa, M. Confalonieri, G. Donazzan, M. Dottorini, F. Fiorentini, V. Fogliani, A. Foresi, S. Harari, R. Le Donne, G.P. Ligia, S. Marchese, F. Mazza, C. Mereu, S. Mirabella, A.M. Moretti, M. Naldi, F. Pasqua, G. Puglisi, M. Ronco, G. Santelli, M. Schiavina, D. Sella, R. Tazza, F. Tirone, L. Zucchi

Socio Aggregato: G. Miragliotta

Socio Affiliato: D. Bonanni

Revisori dei conti: F. De Michele, A. Lo Coco, A. Vianello

Collegio dei Garanti: A. Cinquegrana, G.A. Foddai, F. Salvati

Presidenza: A. Corrado

Unità di terapia Intensiva Polmonare e

Fisiopatologia Toracica, Az. Osp. Univ. Careggi

Padiglione Nuovo San Luca

Via di San Luca - 50134 Firenze

Tel/Fax 055 7946559

corradoa@ao-careggi.toscana.it

Segretario generale tesoriere: Divisione di Pneumologia, Osp. San Carlo Borromeo
Via Pio II, 3 - 20157 Milano

Tel/Fax 02 40222522

amaduucci.sandro@sancarlo.mi.it

Sezioni Regionali e relativi Presidenti

- Centro Adriatica: Luigi Frigieri
- Campania - Basilicata: Riccardo Cioffi
- Emilia Romagna: M. Giovannini
- Lazio: Salvatore D'Antonio
- Liguria: David Pelucco
- Lombardia: Carlo Sturani
- Piemonte - Valle D'Aosta: Alessandro Dolcetti
- Puglia: Francesco Dadduzio
- Sardegna: Enrico Giua Marassi
- Siculo - Calabria: Francesco Tirone
- Toscana: Sandra Nutini
- Trentino Alto Adige: Paolo Pretto
- Veneto: G. Milani
- Friuli Venezia Giulia: Antonio Peratoner

Sede Legale e Uffici:

Via Frua, 15 - 20146 Milano

Tel. 02 43911560 - Fax 02 43317999

admin@aiponet.it - www.aiponet.it

Direzione Generale: Carlo Zerbino

direzione@aiponet.it

Segreteria Associativa: Raffaella Frigerio

raffaella.frigerio@aiponet.it

AIST

Associazione Italiana per lo Studio della Tosse

Presidente: A. Zanasi (BO)

Vice-Presidente: A. Potenza (FE)

Presidente Onorario: John Widdicombe, London, UK

Segretario: F. Baldi (BO)

Segreteria Scientifica: Giovanni Fontana (FI)

Consiglieri: Giacomo Bruni, U. Caliceti,
L. Carrozzi, F. Dal Masso, P. Geppetti, A.H. Morice,
T. Pantaleo, C. Sturani, F. Tursi, Pietro Visaggi

Sede: Via Mazzini, 12 - 40138 Bologna

Tel. 051 307307 - Fax 051 302933

info@assotosse.com - www.assotosse.com

Alfa1-AT

Associazione a1-AT (Associazione Nazionale ALFA1-Antitripsina)

Presidente: N. Gatta

Vice-presidente: R. Bontacchio

Segretario: A. Capretti

Tesoriere: E. Bonera

Comitato direttivo: B. Balbi, E. Bertella,
M.V. Bertussi, L. Corda, R. Gatta, A. Mordenti,
A. Mordenti, G. Mordenti, P. Offer, F. Ronchi,
E. Tanghetti

Comitato Scientifico

Direttore: Bruno Balbi

Membri: I. Annesi-Maesano, F. Callea, M. Carone,
L. Corda, F. Facchetti, S.M. Giuliani, M. Luisetti,
L.D. Notarangelo, M. Puoti, C. Tantucci

Sede: Via Galilei, 24 - Sarezzo (BS)

Tel. 335 7867955 - Fax 030 8907455

nucciagatta@libero.it

info@alfa1at.org - www.alfa1at.org

ALIR

Associazione per la Lotta contro l'Insufficienza Respiratoria

Segretario Generale: A. Bernardi Pesce

Via Pozzetto, 49/1 - 35017 Piombino Dese (PD)

Tel. 049 9366863 - a.dorotea@libero.it

Vice-Segretario tesoriere: G. Ferrandes

Vice-Segretario vicario: G.N. Bassi

Vice-Segretario Addetto ai problemi sanitari:

C. Sturani

Vice-Segretario addetto ai Problemi Sociali e Pubbliche Relazioni: V. Squasi

Consiglieri: A. Gasparotto, R. Lorenzo,
P. Lovadina, N. Palma, L. Spagnolli Ferretti,
D. Zanchetta

Revisori dei Conti: A. Conti, I. Lorenzoni,

P. Zanoli

Segreteria organizzativa

Viviana Ballan

Via de Rossignoli, 48/I

35012 Camposampiero (PD)

Tel. 049 9301273 - vivianaball@libero.it

Elenco dei comitati regionali

Abruzzo: V. Colorizio

c/o Centro Prevenzione Malattie Respiratorie

"S. Maria di Collemaggio"

Viale Nizza, 15 - 67100 L'Aquila

Tel. 0862 778930 - 778933

Alto Adige: A. Faggionato

c/o Home Center

Via Galilei, 4 - 39100 Bolzano

Tel. 0471 933227

Lazio: A. Galantino

Via S. Angela Merici, 96 - 00162 Roma

Tel. 06 86320160

Lombardia: C. Sturani

c/o Divisione Pneumologica

Ospedale Carlo Poma

Via Lago Paiolo, 1 - 46100 Mantova

Marche: G. Ferrandes

Piazzale Lazzarini, 3 - 61100 Pesaro

Tel. 0721 31085

Puglia: R. Lorenzo

c/o Divisione 3 di Pneumologia

Ospedale A. Galateo
Via Abruzzi, 2 - 73016 S. Cesario (LE)
Sardegna: M. Coghe
c/o Div. Pneumologia
Ospedale "I.N.R.C.A."
Via delle Cicale, 11 - 09134 Cagliari
Tel. 070 522660
Sicilia: G. Di Maria
Istituto Malattie Apparato Respiratorio
Via Passo Gravina, 187 - 95125 Catania
Tel. 095 254532
Toscana: M. Danisi
Via Della Pura, 4/a - 56123 Pisa
Tel. 050 996728
Umbria: F. Curradi
c/o Unità di Tisiopneumologia
Istituto di Medicina del Lavoro
Via XIV Settembre, 79 - 06100 Perugia
Tel. 075 5783178
Veneto: R. Grison
Div. di Pneumologia Osp. Civile "S. Bortolo"
Contrà Mure S. Lucia, 34 - 36100 Vicenza
Tel. 0424 227397
Trentino: R. Sicheri
Casella postale 255 - 38100 Trento
Tel. 0461 981065

AMIP **Associazione Malati di Ipertensione** **Polmonare**

Presidente: M.P. Proia
Vice Presidente: F. Fedele
Sede: Via Bagnoregio, 51 - 00189 Roma
Tel. 06 33250970/338 2806430
mproia@tiscalinet.it
www.assoamip.net
Conto corrente bancario intestato a:
Ass. Malati di Ipertensione Polmonare.
Numero 27181/69 - Banca Intesa - Ag. 2759
ABI 03069 - CAB 05055 - CIN A

AMOR **Associazione Milanese di Ossigenoterapia** **Riabilitativa**

Presidente: A. Naddeo
Vice Presidente: B. Perrone
Consiglieri: R. Adami, E. Bottinelli, C. Caminaghi,
L. Gavazzi, V. Peona, A. Pessina, A. Pizzi
Uditore: M. Schiavina
Revisore dei conti: M. Ricco Galluzzo
Presidente onorario: I. Brambilla, F. Falletti
Sede: Ospedale di Milano Niguarda
P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Tel./Fax 02 66104061

ARIR **Associazione Riabilitatori** **dell'Insufficienza Respiratoria**

Presidente: M. Lazzeri
Vice presidente: G. Oliva
Segretario: A. Brivio
Tesoriere: A. Colombo
Consiglieri: P. Frigerio, G. Piaggi, E. Repossini,
A. Sanniti, M. Sommariva, S. Zuffo
Consiglieri Onorari: R. Adone, M. Bassi, A. Bellone,
I. Brambilla
Sede: A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda
c/o Unità Spinale
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Segreteria: c/o Anna Brivio
Via Abetone, 14 - Milano
Cell. 347 8044525 - Fax 02 700557594
segreteria@arirassociazione.org

ASIMOV **Associazione Medici ed Odontoiatri Velisti**

Direzione Scientifica: R. De Tullio
Via Q. Sella 78 - 70122 Bari
Cell. 347 3314461 - Tel./Fax 080 5275484
asimov@asimov.it - www.asimov.it
Per informazioni: Direzione Organizzativa
E. Belli - Via Valesio 1 - 00179 Roma
Tel. 335 6651680 - Fax 0678 349 130

Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

Consiglio Direttivo
Presidente: M. Franchi
Vicepresidente: F. Franchi
Segretario: C. Filosa
Tesoriere: G. Arangio-Ruiz
Consiglieri: F. Attolico
Sede legale: Unità Operativa Complessa
di Pneumologia, Azienda Complesso Ospedaliero
S. Filippo Neri, Roma - Direttore dell'U.C.O.:
C.M. Sanguinetti
Segreteria Operativa: c/o Effetti Srl
Via Gallarate, 106 - 20151 Milano
Tel. 02 3343281 - Fax 02 33002105
effetti@effetti.it
Per informazioni:
Presidente: M. Franchi
Via Cassia, 605 - 00189 Roma
Tel. 06 33253020 - Fax 06 33259798
franchima@tin.it www.pazientibpco.it

Associazione SANTORIO per la Pneumologia

Presidente Onorario: C. Serra (GO)
Presidente: R. Ukmar (TS)

Vice Presidente: F. Crismancich (TS)
Segretario: V. Masci (TS)
Consiglieri: A. Muzzi (TS), R. Stokely (TS),
M. Tommasi (TS), S. Borut (TS)
Sede legale: c/o V. Masci
Via A. Oriani, 4 - 34129 Trieste
Tel. 040 369543 - masci.vincenzo@virgilio.it

Assogastecnici - Gruppo Gas Medicinali (Federchimica)

Associazione Nazionale Aziende produttrici gas tecnici, speciali e medicinali.
Sede: Via Giovanni da Procida, 11 - 20149 Milano
Tel. 02 34565234 - Fax 02 34565311
ggm@federchimica.it
www.assogastecnici.federchimica.it/ggm

FEDERASMA Federazione Italiana delle Associazioni di sostegno ai Malati Asmatici e Allergici

Comitato Direttivo
Presidente: C.F. Tesi
presidente@federasma.org
Vice-Presidente: A.M. Gargiulo
Segretario: A.M. Rispoli
Tesoriere: B. Garavello
Presidente Onorario: M. Franchi
Rapporti con il Comitato Medico-Scientifico:
S. Frateiacci
Revisori dei Conti: M. Lazzati, L. Scaranello,
A. Zaninoni
Sede legale:
c/o Fondazione Salvatore Maugeri
Via Roncaccio, 16 - 21049 Tradate (VA)
Segretariato Amministrativo:
Via del Lazzaretto, 111/113 - 59100 Prato
Tel. 0574 541353 - Fax 0574 542351
segreteria@federasma.org - www.federasma.org
Associazioni aderenti a FEDERASMA
A.A.A.A. Associazione Aretusea Asma ed Allergia -
ONLUS, Siracusa
A.A.G.A.S.A. - Associazione Agrigentina Asma,
Favara (AG)
Associazione ASMA Sardegna - ONLUS, Cagliari
A.C.A.R. - Associazione Cremasca per l'Assistenza
Respiratoria - ONLUS, Ripalta Cremasca (CR)
A.I.P.A.A. - Associazione Italiana dei Pazienti
Asmatici ed Allergici, Palermo
A.I.S.A. - Associazione Italiana Studi Asmatici -
ONLUS, Bari
ALAMA - Associazione laziale Asma e malattie
Allergiche, Roma

A.M.A./Reg. Umbria - Associazione Malati Allergici
della Regione Umbria - ONLUS, Perugia
A.P.A.C. - Associazione per il Paziente Asmatico ed
Allergico Calabrese - ONLUS, Reggio Calabria
A.P.A.R. - Associazione Piacentina per l'Assistenza
Respiratoria, Piacenza
A.P.T.A. - Associazione Pistoiese Asma - ONLUS,
Pistoia
A.R.G.A.B. - Associazione Regionale Genitori
Bambini Asmatici, Padova
A.S.M.A. - Associazione di Sostegno ai Malati di
Asma, Tradate (VA)
ASMA - Sezione Concordia Sagittaria,
Concordia Sagittaria
ASMA - Sezione Fiumicino, Roma
ASMA - Sezione Viareggio, Viareggio
A.S.P.A. - Associazione di Sostegno per i Pazienti
Allergici - ONLUS, Sorrento (NA)
ASS.M.A. - Associazione Malati di Asma, Verona
A.S.M.A.R.A. - Associazione Siciliana dei Malati
Asmatici, Respiratori e Allergici, Trapani
As.P.As. - Associazione Pro Asmatici, Rovigo
A.T.A. Lapo Tesi - Associazione Toscana Asmatici
e Allergici - ONLUS, Prato
Famiglia Bambini Asmatici, Misurina (BL)
Io e l'Asma - ONLUS, Pachino (SR)
L.I.A.M.A.R. - Lega Italiana per la lotta contro
l'Asma bronchiale e le Malattie Allergiche
Respiratorie, Milano
Progetto Respiro - Associazione Pazienti Allergici,
Asmatici e Broncopatici - ONLUS, Messina
TANDEM - Associazione per la qualità della vita
degli asmatici e degli allergici - ONLUS, Aosta
UNA - Unione Nazionale Asmatici - ONLUS,
Bussolengo (VR)

Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi

Presidente: M. De Palma
Vice presidente: G. Girbino
Segretario Generale: A. Quaglia
Comitato Direttivo: L. Allegra, F. Fiorentini,
V. Fogliani, A. Mangiacavallo, A.M. Moretti, E. Pozzi
Sede: Via G. da Procida, 7d - 00162 Roma
Sede operativa: Via Frua, 15 - 20146 Milano
Tel./Fax 02 43982610
federmilano@tiscalinet.it

FIMMG
Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

Segretario Gen. Naz.: M. Falconi
Presidente: M. Arpaia
Vice Segretario Gen. Naz. Vicario: G. Milillo
Vice Segretario Gen. Naz.: B. Palmas
Segretario Organizzativo: N. Romeo
Segretario Amministrativo: G. Scudellari
Sede FIMMG:
Grattaciolo Italia - Piazza Marconi, 25
00144 Roma
Tel. 06 54896625 - Fax 06 54896645
www.fimmg.org - fimmg@fimmg.org

METIS
Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale

Presidente: S. Ausili
Vice Presidente: A. Brambilla
Sede METIS:
Grattaciolo Italia - Piazza Marconi, 25 - 00144 Roma
Tel. 06 54896627 - Fax 06 54896647
metis@fimmg.org

Fondazione Pneumologia UIP Onlus

Consiglio di Amministrazione
Presidente: V. Fogliani (Milazzo, ME)
Vice presidente: G.W. Canonica (GE)
Consiglieri: A.M. Moretti (BA), M. De Palma (GE),
A. Corrado (FI), G. Girbino (ME)
Coordinatore comitato scientifico: L.M. Fabbri (MO)
Sede Legale e Uffici:
Via Frua, 15 - 20146 Milano
Tel. 02 45490767/8 - Fax 02 45490769
Direzione Generale:
Carlo Zerbino
direzione generale@fondazione pneumologia.it

FONICAP
Forza Operativa Nazionale Interdisciplinare contro il Cancro del Polmone

Presidente: L. Portalone (RM)
Past President: G. Ferrante (NA)
Vicepresidente: M. Mezzetti (MI)
Segretario: S. Barbera (CS)
Tesoriere: F. Salvati (RM)
Consiglieri: O. Alabiso (NO), C. Casadio (NO),
G. Comella (NA), A. Loizzi (BA), A. Mussi (PI),
A. Santo (VR), C. Santomaggio (FI), G. Sunseri (CL)
Presidenza: VI UOC Pneumologia Oncologica,
Osp. C. Forlanini
Via Portuense, 332 - 00143 Roma
Tel. 06 55552412/3 - Fax 06 55552554

Segreteria: Il UOC Pneumologia, Osp. M. Santo
C. da Muio Piccolo, 1 - 87100 Cosenza
Tel./Fax 0984 681721

INOC
Italian Nitric Oxide Club

Presidenti: G. Canonica e F. Zacchello
Vice-Presidenti: E. Baraldi e M. Vignola
Membri onorari: S. Kharitonov, IC de Jongste,
PJ Sterk
Segreteria Scientifica: M. Bernareggi
(michaela.bern@qubisoft.it)
G. Cremona (cremona.george@hsr.it)
Sede: Istituto Scientifico San Raffaele,
Via Olgettina 60 - Milano
Tel. 02 26437348 - Fax 02 26437147
www.inoc.it

Lega Italiana delle Associazioni per la Lotta contro la Fibrosi Cistica

Presidente: G. Del Mare
Tel. 02 48011219
Assistente della Presidenza: M.G. Quadri
Tel. 02 48011219
Tesoriere: S. Colombi (Lazio)
Delegata alla raccolta fondi
Tel. 0774 381216
Vicepresidente: S. Chiriatti (Basilicata)
Delegato alla comunicazione esterna ed ai rapporti istituzionali
Tel. 0971 21978
Vicepresidente, Vicario e Segretario:
C. Galoppini (Toscana)
Delegato ai rapporti interni con le associazioni
Tel. 0586 810025
Vicepresidente: M. Magrì (Sicilia)
Delegato ai new media
Tel. 095 312965
Vicepresidente: P. Romeo (Palermo)
Delegato alla gestione dei servizi associativi
Tel. 091 6910524
Vicepresidente: G. Tricarico (Marche)
Delegato ai rapporti internazionali e scientifici
Tel. 071 7450600
Sede:
V.le San Michele del Carso, 4 - 20144 Milano
Tel. 02 48011219 - Fax 02 48193369

RIMAR
Associazione Riabilitazione Malattie Respiratorie

Presidente: G.G. Riario Sforza
Consiglieri: F. Olivieri di San Salvatore,
E. Iseppi, C. Incorvaia

Sede:

Struttura semplice di Pneumologia Riabilitativa
Istituti Clinici di Perfezionamento
Via Bignami, 1 - 20126 Milano
Tel. 02 57993289-02 57993417
Fax 02 57993315
griariosforza@icp.mi.it

SIAIC

Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Clinica

Presidente: G. Tonietti

Past President: G. Marone

Segretario-Tesoriere: A. Cirillo

Consiglio Direttivo: L. Aloe, A. Arsieni, P. Campi, G. Di Lorenzo, A. Ferrannini, L. Fontana, F. Indiveri, M. Ispano, G. Moscato, A. Passaleva, E. Pastorello, S. Pucci, A. Venuti

Collegio Probiviri: B. Saia, G. Piu, C. Romano

Revisori dei Conti: C. Masala, M.L. Pacor, C. Astarita

Collegio legislativo: N. Crimi, R. D'Amelio

Segreteria: A.O. Allergologia e Immunologia Clinica,

Via Tescione - 81100 Caserta

Tel. 0823 232436 - Fax 0823 232425

siaic@tin.it - www.siaic.com

SIAIP

Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica

Presidente: A. Ugazio (RM)

Vice Presidente: G. Cavagni (PR)

Consiglio Direttivo: M. Calvani (RM), A. Muraro (PD), F. Paravati (CS), G. Pingitore (RM), P. Tovo (TO)

Segretario Generale: A. Soresina (BS)

Tesoriere: F. Paravati

Revisori dei conti: P. Meglio (RM), G.L. Marseglia (PV)

Coordinatore Rivista RIAIP: S. Miceli Sopo (RM)

Coordinatore sito web: S. Tripodi (RM)

Segreteria:

ugazio@opbg.net - www.siaip.it

Responsabile del Sito web

salvatore.tripodi@fastwebnet.it

SIFC

Società Italiana per lo studio della Fibrosi Cistica

Presidente: C. Braggion

Vice Presidente: M. Conese

Segretario del Consiglio Direttivo: Valeria Raia

Consiglio Direttivo: F. Alatri, F. Festini, R. Gagliardini, M. Seia, G. Taccetti

Commissioni permanenti:

- Commissione per la formazione e l'aggiornamento
- Commissione per la ricerca e lo sviluppo
- Commissione per l'attività editoriale ed il sito web
- Commissione per i rapporti

Gruppi professionali: Biologi, Microbiologi, Psicologi, Fisioterapisti, Infermieri, Dietisti

Sede: c/o Centro Regionale Veneto Fibrosi Cistica, P.le Stefani 1 - 37126 Verona

Tel. 045 8072293

cbraggion@qubisoft.it

Segreteria:

c/o Centro Fibrosi Cistica della Campania,

Università Federico II di Napoli,

Via S. Pansini 5 - 80131 Napoli

Tel. 081 7463273

raia@unina.it

SIMeR

Società Italiana di Medicina Respiratoria

Presidente: Cesare Saltini

Presidente eletto: Vito Brusasco

Past President: Giuseppe Girbino

Presidenti Onorari: Luigi Allegra, G. Walter Canonica, Carlo Grassi, Ernesto Pozzi

Segretario Generale: Gennaro D'Amato

Tesoriere: Renato Corsico

Consiglieri: Francesco Blasi, Stefano Centanni, Serafino Marsico, Alessandro Sanduzzi Zamparelli

Componenti Aggiunti: Crimi Nunzio, Adalberto Ciaccia, Ernesto Pozzi

Commissione sito S.I.Me.R.:

Pietro Zanon responsabile, Fulvio Braidò, Lorenzo Corbetta

Task-force S.I.Me.R.: Carlo Albera, Mario Cazzola, Massimo Pistolesi

Presidenti dei Gruppi di Studio

Allergologia ed Immunologia: Giovanni Passalacqua

Biologia Cellulare: Carlo Vancheri

Endoscopia e Chirurgia Toracica: Lorenzo Corbetta

Clinica: Luigi Carratù

Epidemiologia: Riccardo Pistelli

Fisiopatologia Respiratoria: Giuseppe Di Maria

Infezioni e Tubercolosi: Luca Richeldi

Medicina Respiratoria del Sonno: Giovanni Bonsignore

Miglioramento Continuo della Qualità in Pneumologia: Roberto Dal Negro

Patologia Respiratoria in età avanzata: Vincenzo Bellia

Oncologia: Giorgio Scagliotti
Pneumologia Territoriale: Enrico Eugenio Guffanti
Revisori dei Conti: Enzo Gramiccioni,
Claudio Romagnoli, Renzo Zuin
Collegio dei Probiviri: Ernesto Catena,
Giuliana Gialdroni Grassi, Ciro Rampulla
Segreteria SIMER:
C/o AISC&MGR - AIM Group
Via G. Ripamonti 129 - 20141 Milano
Tel. 02 56601.875 - Fax 02 52209708
simer@aimgroup.it - www.simernet.it

SIMG **Società Italiana di Medicina Generale**

Presidente: C. Cricelli (FI)
Vicepresidente: O. Brignoli (BS)
Segretario: R. Michieli (VE)
Tesoriere: I. Morgana (CT)
Consiglieri: M.S. Padula, G. Piccinocchi, A. Rossi,
F. Samani
Membri di Diritto: A. Pagni
Sede nazionale: Via Del Pignoncino, 9 - 50142 Firenze
Tel. 055 700027 - Fax 055 7130315
simg@dada.it - www.simg.it
Sede di Roma: Via Arno, 3 - 00198 Roma
Tel. 068 550 445 - Fax 068 411 250
simg.sederoma@mcmlink.it

S.I.M.M. **Società Italiana di Medicina di Montagna**

Presidente: A. Cogo
Presidente Onorario: P. Cerretelli
Consiglieri: A. Ponchio, C. Angelini, R. Misischi,
M. De Ruvo, A. Tommasi, U. Vacca, G. Varcasia,
H. Brugger, M. Nardin
Per informazioni ed iscrizioni:
Key Congress - Via dei Tadi 21 - 35139 Padova
Tel. 049 659 330 - Fax 0498 763 081
info@keycongress.com
Dott.ssa A. Cogo - cga@unife.it

SIMREG **Società Italiana di Medicina Respiratoria in Età Geriatrica**

Consiglio Direttivo
Presidente: V. Bellia (PA)
Segretario: R. Antonelli Incalzi (RM)
Tesoriere: V. Grassi (BS)
Consiglieri: C. Giuntini (PI), G. Masotti (FI)
R. Pistelli (RM), F. Rengo (NA),
P. Zanon (Busto Arsizio-VA)

Sede: Istituto di Medicina Generale e
Pneumologia dell'Università di Palermo
Via Trabucco, 180 - 90146 Palermo
Tel. 091 6802652 - Fax 091 6891857
simrego3@virgilio.it

SIMRI **Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili**

Presidente: A. Barbato (PD)
Past-President: F.M. de Benedictis (AN)
Consiglio Direttivo: F. Bernardi (BO), R. Cutrera (RM),
D. Peroni (VR), F. Rusconi (FI), F. Santamaria (NA),
S. Tripodi (RM)
Tesoriere: A. Capristo (NA)
Revisori dei Conti: M. Canciani (UD), F. Marcucci (PG),
F. Pisetta (PD)
Direttore Scientifico: "Pneumologia Pediatrica"
E. Baraldi (PD)
Responsabili Scientifici Sito web:
S. Tripodi (RM)
salvatore.tripodi@fastwebnet.it
Presidenza: barbato@pediatria.unipd.it
www.simri.it

S.I.P. SPORT **Società Italiana di Pneumologia dello Sport**

Presidente: Antonio Todaro
Vice-Presidente: Annalisa Cogo
Segretario Generale: Albino Rossi
Tesoriere: Attilio Turchetta
Consiglieri: Giuseppe Fiorenzano, Giulio Pinchi,
Lucio Ricciardi, Antonio Satta, Claudio Schiraldi
Sede Presidenza: c/o Prof. Antonio Todaro
Via Pezzana 108 - 00197 Roma
Tel. 06 8078200
Sede Segreteria: c/o Prof. Albino Rossi
Via Mincio 20 - 27100 Pavia
Tel. 0382 423518 - Fax 0382 423301
rossi.albino@libero.it
Le domande di iscrizione devono essere indirizzate
alla Segreteria.
La quota di iscrizione è di € 26,00
c/c bancario n. 2857/31 - Banca di Roma Ag. 61
ABI 3002 CAB 03361

SITAB **Società Italiana di Tabaccologia**

Presidente: G. Mangiaracina (RM)
Vice-Presidente e Tesoriere: V. Zagà (BO)
Segretario: N. Pulerà (LI)

Consiglieri: C. Chiamulera (VR), M. Del Donno (BN), D. Enea (RM), P. Martucci (NA), C. Poropat (TS), B. Tinghino (Monza, MI)

Aree scientifiche

- Ricerca (Centro Studi e Documentazione): C. Chiamulera (VR)
- Epidemiologia: G.B. Modonutti (TS)
- Prevenzione e Rapporti Internazionali: E. Tamang (VE)
- Oncologia: F. Salvati (RM)
- Pneumologia: M. Neri (VA), A. Nanetti (BO), A. Zanasi (BO)
- Cardiologia: P. Clavario (GE)
- Anatomia Patologica: O. Nappi (NA)
- Tossicologia e Farmacologia: L. Cima (PD)
- Dipendenze: B. Tinghino (Monza)
- Medicina Generale: G. Invernizzi (SO)
- Medicina dello Sport: A. Gombacci (TS)
- Ostetricia e Ginecologia: D. Enea (RM)
- Andrologia: A. Ledda (Chieti)
- Medicina Estetica: A. Gennai (BO)
- Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia: S. Parascandolo (NA)
- Gastroenterologia: P. Di Maurizio (RM)
- Giurisprudenza e Uff. Legale: Avv. V. Masullo, Codacons (RM)

Referenti regionali

- Piemonte-Valle D'Aosta: E. Passanante (TO)
- Veneto: S. Vianello (VE)
- Friuli Venezia-Giulia: C. Poropat (TS)
- Liguria: L. Bancalari (SP)
- Emilia Romagna: C. Cinti (BO)
- Toscana: S. Nutini (FI)
- Umbria: A. Monaco (PG)
- Marche: S. Subiaco (AN)
- Lazio: V. Bisogni (RM)
- Campania: P. Martucci (NA)
- Abruzzo: V. Colorizio (AQ)
- Molise: S. Minotti (CB)
- Puglia: E. Sabato (BR)
- Basilicata: M. Salvatore (NA)
- Calabria: F. Romano (CS)
- Sicilia: G. Calapai (ME)
- Sardegna: Luigi Pirastu (CA)

Sede Legale:

p/o GEA Progetto Salute - onlus
Via Giorgio Scalia, 39 - 00136 Roma
Tel. 06 39722649 - TiscaliFax 178 2215662
tabaccologia@fastwebnet.it

Segreteria Generale:

B. Tinghino - Monza SERT
Tel. 039 2384744/11
sitab.milano@tiscali.it

Tesoreria e Vice-presidenza:

V. Zagà
Presidio di Pneumotisiologia-AUSL di Bologna

Tel. 051 706290
sitab.bologna@tiscali.it

Redazione Rivista "Tabaccologia":

Direttore Responsabile: G. Mangiaracina (RM)
Caporedattore: V. Zagà (BO)
vincenzo.zaga@ausl.bo.it

Sito Internet della Società Scientifica:

www.tabaccologia.org
e-Newsletter: "Studi e Ricerche SITAB",
"Tabagismo & PFC" (GEA-News)
Editor: G. Mangiaracina (RM),
geanews@tabagismo.it

**SOCIETÀ ITALIANA PER GLI AEROSOL IN
MEDICINA**

Presidente: L. Allegra

Segretario Generale: C. Terzano

Sede: c/o iDea Congress

Via della Farnesina, 224 - 00194 Roma

Tel. 06 36381573

U.I.P.

Unione Italiana per la Pneumologia

Consiglio Direttivo

Presidente: V. Fogliani (Milazzo, ME)

Vice Presidenti: A. Mangiacavallo (AG),
P. Zanon (Busto Arsizio, VA)

Consiglieri: L. Allegra (MI), P. Calabrese (RM)
G.W. Canonica (GE), A. Corrado (FI)

L.M. Fabbri (MO), R. Dal Negro (Bussolengo, VR)
M. De Palma (GE), C.F. Donner (Veruno, NO)
G. Girbino (ME), C. Grassi (PV), G.P. Leoni (VR)
A.M. Moretti (BA), C.M. Sanguinetti (Roma)

Segretario tesoriere: M. Schiavina (BO)

Sede e Segreteria presso: Fondazione
Pneumologia UIP Onlus

Via Frua, 15 - 20146 Milano

Tel. 02 45490767/8 - Fax 02 45490769

Direzione Generale:

Carlo Zerbino

direzionegenerale@fondazionepneumologia.it

www.midiaonline.it
il caso clinico
della settimana



Direttamente a casa tua.

Telefona al
numero verde  **800-601715**

€ 140,00

**Disponibile
nelle migliori
librerie scientifiche**

ACCP-SEEK Edizione Italiana

**Programma di
aggiornamento e
autovalutazione in
Medicina Respiratoria**

MIDIA
EDIZIONI

Midia srl - Tel. 039 2304440 - Fax 039 2304442
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

ACCP-SEEK è un programma di auto-apprendimento in Medicina Respiratoria. Il volume è suddiviso in due sezioni: la prima presenta 200 domande a risposta multipla ideate per verificare le capacità di memoria, interpretazione e soluzione dei problemi. Gran parte delle domande si basano su casi clinici e trattano l'anamnesi del paziente, le analisi di laboratorio e/o le immagini diagnostiche. La seconda parte contiene le soluzioni che in modo esauriente e completo spiegano l'argomento e motivano le risposte giuste e sbagliate. ACCP-SEEK è uno strumento indispensabile allo specializzando per la preparazione degli esami e al medico per l'aggiornamento e l'approfondimento di conoscenze e argomenti specifici. Questo volume viene utilizzato negli Stati Uniti per l'assegnazione di crediti formativi ECM.

AMERICAN COLLEGE OF
CHEST
PHYSICIANS

OptiChamber ADVANTAGE

Camera di inalazione per aerosol pressurizzati

Anche in Italia la nuova camera di inalazione
per aerosol distribuita in esclusiva
dal gruppo  GlaxoSmithKline



Quando

Gli spray sono dispositivi di erogazione molto diffusi nella pratica clinica, tuttavia l'efficacia terapeutica degli spray è condizionata dalla tecnica inalatoria del paziente, in particolare dalla capacità di coordinare l'erogazione e l'inalazione.

L'uso improprio degli spray può portare a:

- riduzione dell'efficacia del farmaco
- deposizione orofaringea del farmaco con eventi indesiderati connessi
- maggior consumo di farmaco per compensare la ridotta efficacia

Come

OptiChamber Advantage 218 ml il volume ottimale per assicurare:

Superiore formazione di particelle fini rispetto alle camere di inalazione di minore volume (AeroChamber® = 145 ml) [1]

Superiore compliance rispetto alle camere di inalazione di maggiore volume (Volumatic® = 750 ml) [2]

Superiore rapidità nel migliorare la funzionalità respiratoria rispetto ai nebulizzatori jet [2]

Oltre l'efficienza la praticità d'uso

La **valvola brevettata** [1] impedisce all'aria espirata di penetrare nella camera d'inalazione.

La **ghiera** [2] con i fori assicura che l'aria espirata dal paziente non diluisca la miscela farmaco-aria contenuta nella camera.

Boccaglio trasparente [3] per un facile conteggio degli atti inspiratori valutati in funzione dei movimenti della valvola

Valvola ad alta sensibilità [4] per rispondere anche ai flussi respiratori più bassi

Dimensioni ottimali [5] per assicurare l'inalazione delle particelle di piccole dimensioni e ingombro contenuto per garantire la praticità d'uso. Volume 218 ml, lunghezza 13 cm, diametro 4,7 cm

Camera trasparente [6] in policarbonato ad alta resistenza lavabile

Segnalatore acustico [7] segnala i flussi inspiratori troppo alti con un suono per una corretta velocità di inspirazione.

Adattatore [8] per garantire l'ottimale posizionamento di un'ampia varietà di MDI



Perchè

OptiChamber Advantage Riduce la variabilità della dose inalata [1]:

- attenua gli effetti del ritardo di inalazione
- compensa la diversa velocità di inalazione

Massimizza l'inalazione di farmaco sotto forma di particelle di piccole dimensioni (<5,8 µm) [1]:

- maggiore deposizione nelle vie aeree inferiori con aumento della rapidità [2] e dell'efficienza terapeutica [1]

Riduce la deposizione nell'orofaringe con riduzione degli effetti collaterali (e.g. candidiasi orali da corticosteroidi) [1]



BIBLIOGRAFIA

[1] Dalby RN et al. Evaluation of aerosol drug output from the OptiChamber™ and AeroChamber® spacers in model system. *Journal of Asthma* 1998; 35 (2): 173-177.

[2] Gibson PG. Drug delivery in asthma: a comparison of spacers with a jet nebuliser. *Aust NZ J Med* 1999; 25: 324-329.

GlaxoSmithKline

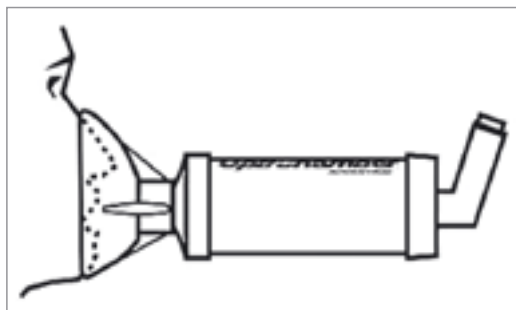
Via A. Fleming, 2 - 37135 Verona
Tel. 045 9218111 - Fax 045/9218388
www.gsk.it

Maschera OptiChamber ADVANTAGE



Nei pazienti non complianti, quali anziani disorientati o pazienti con fiato corto per attacchi di asma grave, per un'efficace inalazione [1]

Applicare la maschera sul boccaglio della camera inalatoria OptiChamber Advantage finché non si fissa saldamente. Pressare e tenere la maschera sul viso per almeno 6 respiri dopo aver attivato lo spray.



Istruzioni per la pulizia

Lavare la maschera con acqua e sapone delicato. Sciacquare e lasciar asciugare all'aria.

GlaxoSmithKline

Via A. Fleming, 2 - 37135 Verona
Tel. 045 9218111 - Fax 045/9218388
www.gsk.it

Direttamente a casa tua.

Telefona al
numero verde

Numero Verde
800-601715



**Disponibile nelle migliori
librerie scientifiche**

€ 65,00

Midia srl - Tel. 039 2304440 - Fax 039 2304442
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

2006

3-7 luglio Cancun, MEX

V Asociacion LatinoAmericana de Torax Congress
Intermeeting - Mexico
Tel. +52 5536 8151 - Fax +52 5536 7309
imeeting@infosel.net.mx - www.alatorax.com

15 luglio Viterbo

Medicina termale e malattie respiratorie:
settori di impiego, possibilità e limiti.
segreteria scientifica:
amiittfsegreteria@libero.it

15-18 luglio Losanna, CH

XVIII World Congress of Asthma
Conventus of Switzerland - Nyon, CH
Tel. +41 22 9068570 - Fax +41 22 9068575
congress@conventus-swiss.com - www.worldasthmao6.ch

19-22 agosto Buenos Aires, AG

14th Latin American Congress of Allergy, Asthma and
Immunology
AACI Association - Buenos Aires
Tel./Fax +5411 4334 7680
latamcong@alergia.org.ar

27-30 agosto Firenze

WONCA Europe 2006
OIC
Tel. 055 50351 Fax 055 5001912
sponsor@woncaeurope2006.org

30 agosto - 1 settembre Iquitos, Perú

Jornades de Cancerologa
Tel. +71 06 900 ext 22-49
spc@inen.sld.pe

2-6 settembre Monaco, D

16th ERS - European Respiratory Society Annual Congress
ERS - Lausanne, CH
Tel. +41 212130101 - Fax +41 212130100
info@ersnet.org - www.ersnet.org

8 settembre Columbus, Ohio

Solid Organ Transplant for the Interventist
ccme.osu.edu

8-9 settembre Plovdiv, Bulgaria

2nd Eastern European Conference on Rare Diseases
and Orphan Drugs
conf2006@raredis.org

15-16 settembre Parma

Giornate Pediatriche "L. Laurisich"
Alimentazione e Nutrizione in Età Pediatrica
IDea Congress
Tel. 06 36381573 - Fax 06 36307682
info@ideacpa.com - www.ideacpa.com

19 settembre Milano

Gestione della Cartella Clinica
Segreteria Organizzativa: Servizio Qualità
Tel. 02 64442967 - Fax 02 64442866
Cristina.caspani@ospedaleniguarda.it

20-22 settembre Feltre (BL)

Corso Avanzato di Medicina Respiratoria del Sonno
Silvia De Prato Congressi
Tel. 041 5442113 - Fax 041 5442113
info@silviadeprato.it

27-30 settembre Basel, Switzerland

10th European Practicum on Clinical Exercise Testing
www.iseire.org

28-30 settembre Milano

Fisioterapia Respiratoria nel Paziente con Tracheotomia
ARIR
Tel. 02 5461286 - Fax 02 700557594
segreteria@arirassociazione.org

4-7 ottobre Firenze

7^o Congresso Nazionale della Pneumologia
AISC&MGR - AIM Group - Milano
Tel. 02 566011 - Fax 02 56609045
Uip2006@aimgroup.it - www.aimgroup.it/2006/uip

10-11 ottobre Milano

Rischio Clinico
Segreteria Organizzativa: Servizio Qualità
Tel. 02 64442967 - Fax 02 64442866
Cristina.caspani@ospedaleniguarda.it

11-13 ottobre Washington, DC

From Oxygen Sensing to Heart Failure
Contact: Dr. Yuichiro J. Suzuki
Georgetown University Medical Center
ys8z@georgetown.edu

13 ottobre Bassano del Grappa (VI)

Corso di aggiornamento Malattie Linfoidi del Polmone
Effe Emme sas
Tel. 0444 321755 - Fax 0444 1835202
anna@e4a.it

14-17 ottobre Guadalajara - Jalisco, Messico

New Concepts in Pathogenesis and Therapy in Asthma
www.worldcongressofasthma2006.com
info@worldcongressofasthma2006.com

21-26 ottobre Salt Lake City, USA

CHEST 2006
American College of Chest Physicians
Tel. 800 3432227 - Fax 847 4981400
www.chestnet.org

25-28 ottobre Cittadella

2^a Corso teorico-pratico di assistenza domiciliare
respiratoria
Euroconventions, Piacenza
Tel. 0523 335732 - Fax 0523 334997
info@euroconventions.it - www.euroconventions.it

27-29 ottobre Spoleto

VI Congresso AIPO - Sezione Interregionale
centro adriatica
Criticità in Pneumologia: confronto e soluzioni
Ellepi Congressi Srl
Tel 06 42012013 Fax 06 64961201
aipospoleto@lpcomunicazione.it

28 ottobre Spoleto

VI^a Congresso AIPO, Sezione interregionale
centro-adriatica.
Criticità in pneumologia: confronto e soluzioni.
Ellepi Congressi, Roma
Tel. 06 42012013 - Fax 06 64961201
aipospoleto@lpcomunicazione.it

10-15 novembre Philadelphia, USA

American College of Allergy, Asthma and Immunology
(ACAAI)
Annual Meeting
mail@acaai.org - www.acaaai.org

13-15 novembre/27-29 novembre Ferrara
Evidence-Based Pneumology - II° Workshop 2006
8^a edizione
Evento MIDIA - Monza
Tel. 039 2304440 - Fax 039 2304442
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

18 novembre Milano
Approccio Globale al malato respiratorio.
Il malato respiratorio tra clinica e tecnologia
Victory Project Congressi
Tel. 02 89053524 - Fax 02 201395
info@victoryproject.it

18-21 novembre Milano
VIII Congresso Nazionale AIOM
AISC&MGR - AIM Group
Tel 06 809681 Fax 06 8088491

27 novembre - 1 dicembre Brescia
Settimane in Pneumologia Interventistica:
Toracosopia Medica Pneumotorace
AIPO
Tel. 02 55231231 - Fax 02 55231513
ecm@aiponet.it

30 novembre - 1 dicembre Roma
Corso base teorico pratico
Ventilazione Artificiale Meccanica
Start Promotion Srl
Tel. 02 67071383 - Fax 02 67072294
www.startpromotion.it
info@startpromotion.it

2007

15-17 gennaio - 29-31 gennaio Ferrara
Workshop - Evidence-Based Pneumology
9^a edizione
Evento MIDIA - Monza
Tel. 039 2304440 - Fax 039 2304442
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

22-24 gennaio Ferrara
Workshop - Clinical Governance in Pneumology
4^a edizione
Evento MIDIA - Monza
Tel. 039 2304440 - Fax 039 2304442
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

5-7 febbraio Ferrara
Workshop - Clinical Research in Pneumology
2^a edizione
Evento MIDIA - Monza
Tel. 039 2304440 - Fax 039 2304442
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

14-16 febbraio Verona
Congresso ASMA Bronchiale e BPCO
Obiettivi, Rimedi e Strategie
10^a edizione
Idea Congress
Tel. 06 36381573 - Fax 06 36307682
info@ideacpa.com - www.ideacpa.com



Direttamente a casa tua.

Telefona al
numero verde

Numero Verde
800-601715

Disponibile
nelle migliori
librerie scientifiche

€ 65,00

Midia srl - Tel. 039 2304440 - Fax 039 2304442
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it



Dolcezze e furori

Racconti

Francesco Iodice

Quasi vent'anni sono passati da quella telefonata di Franco Iodice, nella quale gentilmente mi chiedeva se ero interessato, in quanto io impegnato nella vendita di prodotti elettromedicali, a sostenere le spese della stampa del programma preliminare di un convegno che da lì a poco avrebbe organizzato a Napoli.

La richiesta mi lusingò, in considerazione del fatto che normalmente sono le Aziende farmaceutiche che vengono interpellate per questo tipo di sostegno.

Niente poteva a quei tempi far presagire che un giorno sarei diventato editore in campo medico, e che con Iodice si sarebbe istaurata una feconda amicizia, ma soprattutto che avrei pubblicato i libri di Iodice scrittore.

L'amico scrittore mi ha chiesto dopo vent'anni di scrivere la presentazione del suo quarto libro e anche questa volta mi sento lusingato da una sua richiesta imprevista. Non sono un



critico letterario e per di più sono l'editore del libro che avete tra le mani. Francamente è più facile mandarlo in stampa che presentarlo. Che mai potrei dire di nuovo e interessante che non sia stato già detto di Franco Iodice? Mi limito a dire che Franco Iodice è una delle persone più colte che io abbia conosciuto. Il suo scrivere è sempre interessante, come il suo parlare. Con un vantaggio per il lettore rispetto a chi lo ascolta. Alle volte la sua oratoria, sempre stimolante, mai banale,



è come un fiume in piena, dal quale è difficile non farsi sopraffare e restarne in balia. Il suo libro, scritto come parla, lo si può governare a piacimento. Ti accompagna dolcemente (meglio se, come questo, di racconti) in una lettura che si può interrompere e riprendere senza arrecar danno alla narrazione. Non inganni però il “dolcemente”, perché dentro i racconti di Franco Iodice c'è materia per il puro diletto della lettura intesa come svago, ma anche per la riflessione più seria, c'è l'autore con la sua autenticità, ci sono le sue dolcezze e i suoi furori.

(dalla presentazione dell'editore Antonio Schiavulli)

Midia Edizioni

Monza, 2006

202 pagine

€ 13,00

Le foto inserite nel testo mostrano momenti della presentazione del nuovo libro di Francesco Iodice che, in occasione del Meeting Nazionale ACCP Capitolo Italiano (Napoli 4-6 maggio), è stato omaggiato ai partecipanti da Linde Medica.



NINO TARANTO 1907-1986

Francesco de Blasio
canta suo nonno

Martedì 7 febbraio 2006, in concomitanza con la chiusura degli Workshop di Ferrara (Progetto Educazionale *Evidence in Pneumology*) che si svolgono tradizionalmente tra gennaio e febbraio, EventoMidia, in collaborazione con Vivisol, ha voluto offrire ai partecipanti del *Clinical Research in Pneumology* e ai rappresentanti delle Aziende sostenitrici un evento musicale d'eccezione.

A vent'anni dalla scomparsa del grande Nino Taranto, Francesco de Blasio, noto a tutti come pneumologo, si svela come nipote del cantante/attore napoletano e racconta insieme ai suoi amici musicisti la storia artistica di suo nonno.

Una serata/spettacolo che, per essere goduta anche da chi non c'era,



è stata portata su un DVD, realizzato da Midia Edizioni e sponsorizzato da Vivisol. La Vivisol sarà lieta di farne gentile omaggio a tutti coloro che lo richiederanno contattando l'Azienda: tel. 039-2396359 fax 039-2396392 - www.vivisol.com



Midia Edizioni

Monza, 2006

DVD

Prodotto omaggio



Midia Edizioni
Monza, 2006
202 pagine
€ 13,00

Il quarto libro di Francesco Iodice.

Direttamente a casa tua.

**Telefona al
numero verde**



MIDIA
EDIZIONI

La colonna (dell') infame

Francesco Iodice

*Noi corriamo spensierati verso il precipizio,
dopo esserci messi davanti agli occhi
qualcosa che ci impedisce di vederlo.*

Blaise Pascal, Pensieri.

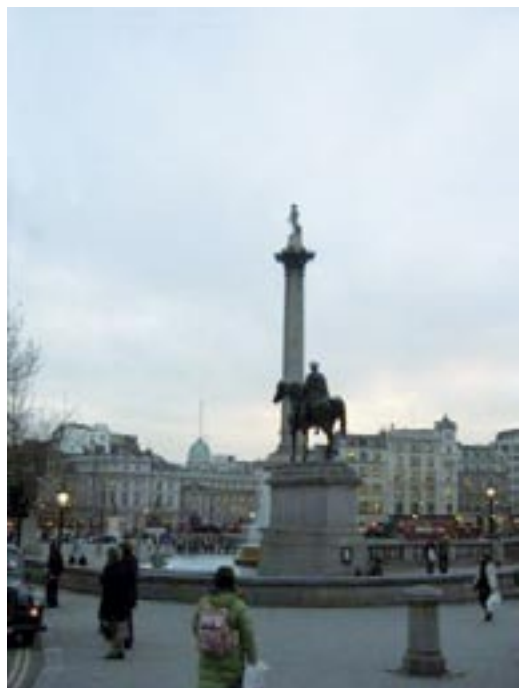
Muniti di calzature opportune e di una smisurata voglia di camminare (ammoniva la teacher: “Prima regola del Corso di inglese: scarpe comode!”), alla fine della chilometrica Charing Cross Road, subito dopo aver lambito la chiesa di St Martin-in-the-Fields, arriviamo in Trafalgar Square, la piazza in cui i londinesi si radunano per festeggiare la notte di fine anno. Il monumento più noto e appariscente è la colonna dedicata all’ammiraglio Horatio Nelson, comandante in capo della flotta britannica. L’obelisco, di granito del Devonshire e alto più di 56 metri, è sormontato da un capitello ricavato dal bronzo di vecchi cannoni e alla base presenta quattro bassorilievi circondati da quattro giganteschi e impassibili leoni che sembrano là per vegliare sul sonno eterno del guerriero che con un volto arcigno osserva l’immutabile via vai dei turisti, le statue, le fontane e le centinaia di piccioni che le gremiscono.

I vacanzieri variopinti e multirazziali affollano costantemente il grandioso scenario, aggirandosi distratti e inconsapevoli con uno zainetto a tracolla: scattano foto, leccano gelati o sboncoccellano un panino. Per lo più ignorano i fatti che portarono alla costruzione di quel monumento, guardano senza ‘vedere’; ma, per chi abita nella città che ha il meraviglioso lungomare intitolato all’ammiraglio Francesco Caracciolo, quella Nelson’s Column, vagamente concepita sul modello della Colonna Traiana a Roma,

dovrebbe essere contemplata con uno sguardo del tutto diverso.

Innanzitutto, chi fu questo Nelson e di quali imprese si rese protagonista, tanto da essere posto lassù in posa maestosa? E perché quella statua dovrebbe tanto interessare un abitante di Napoli o, più in generale, un meridionale?

A giudizio dei suoi contemporanei, Nelson fu un uomo quasi mediocre, di uniforme grigiore con piccoli vizi e meschine debolezze. In campo politico aveva avversioni e simpatie precise: fu un monarchico talmente convinto che considerava i repubblicani quasi dei criminali; fervente religioso (prima di una battaglia faceva il voto di offrire a Dio la sua vita in cambio della vittoria), odiava i francesi e Napoleone che sconfisse sonoramente due volte: ad Abukir, alle foci del Nilo, e, definitivamente in mare, a capo Trafalgar (da qui il nome della piazza). Nelson aveva però una dote con la quale riuscì a compensare tutti i suoi difetti: conosceva profondamente l’animo umano, intuiva all’istante pregi e difetti di una persona (sarebbe stato un ottimo manager!), caratteristica che gli consentì di stabilire con gli altri comandanti della sua flotta un’intesa quasi perfetta e di innovare profondamente le modalità di schierare le navi in battaglia. E Napoli? Napoli, purtroppo, entra nella vita di Nelson per la prima volta nel 1793. Spedito a Napoli dall’ammiraglio Hood per sollecitare aiuti al re borbone, Nelson determinò nella nostra storia uno sviluppo fatale. Ambasciatore inglese presso quella stranissima corte – dove imperava una coppia ridicola e sinistra: Maria Carolina e Ferdinando – era allora il Cavaliere Sir William Hamilton che aveva sposato Emma Lyon una



giovane donna inglese di grande bellezza, di umili origini e dal torbido passato, tanto che a Londra si era guadagnata da vivere vendendosi a questo ed a quello.

Il Cavaliere aveva sì sposato Emma, ma il suo unico amore era il vulcano, ed in particolare gli antri, le cavità selvagge, le grotte buie, i crepacci, i precipizi, i burroni. Infatti, si adattò con molta disinvoltura al ruolo di becco per amor di patria (d'altra parte, quando un uomo di sessantuno anni sposa una donna di ventisei, rischi del genere li deve pur mettere in conto).

Quando giunse a Napoli al ritorno da Abukir, Nelson mise immediatamente il suo unico occhio (ed il solo braccio che aveva) addosso alla sensuale Emma che lo ricambiò totalmente (è proprio vero: il successo rende più simpatici!). D'altra parte, un uomo con una vita di sacrificio e di dolore alle spalle, che solo a quarantanni scopre la passione amorosa, è un candidato naturale a perdere la testa. A Napoli trovò amore e potere: oltre a godere delle grazie di lady Hamilton, espertissima in sesso e *tableaux vivants*, diventò uno dei consiglieri più ascoltati dal re.

L'instaurazione della Repubblica Napoletana costrinse la coppia reale a fuggire a Palermo, Nelson li scortò con le sue navi e ritornò a Napoli solo dopo che il cardinale Ruffo, che non era prete, aveva liberato la città con un patto: se i rivoltosi fossero usciti senza spargimento di sangue dai forti in cui erano asserragliati, avrebbero avuto garantito l'esilio in Francia. Nelson stracciò gli accordi, pretese la resa incondizionata degli odiati repubblicani e li mise tutti slealmente a morte, ricevendo la testa dei giacobini decapitati in cestini ornati di pampini, come teste di vitello. La sciagurata decisione fu opera della vendetta di Carolina che convinse Emma – nel corso di un colloquio amoroso nella vasca da bagno reale, tra carezze nell'acqua profumata ed il regalo di un meraviglioso diadema tempestato di smeraldi, perle e diamanti – a chiedere a Nelson, perdutoamente invaghito di lei, di non rispettare i patti di Ruffo: lo “schiavo d'amore” l'accontentò immediatamente.

Il primo a morire fu l'affascinante ammiraglio Francesco Caracciolo, odiato sia dalla regina, perché era passato al nemico, sia da Emma che era stata dal 'bel tenebroso' respinta, snobbata e derisa (nessun odio è superiore a quello di una donna rifiutata). Caracciolo fu impiccato – e non ghigliottinato, come prevedeva il suo rango di ammiraglio della flotta reale - sulla tolda della nave *Foudroyant*. Aveva ragione l'avvocato Isernia, profondo conoscitore di uomini e fatti, quando addottorava noi ragazzi davanti al Grande Albergo di Roccaraso e sentenziava,

da vero esperto della “praticizia di vita”:
“Guagliù, una sola è la persona di cui non vi
dovrete mai fidare quando sarete grandi:
chillo che ha perzo ‘a capa pe ‘na femmena!”.

Ma quel che è fatto, è reso. Nelson nel 1805
partì a bordo della Victory per scontrarsi con i
francesi: uscì da Gibilterra, incrociò la flotta
franco-spagnola e al largo di capo Trafalgar
avvenne il terribile scontro in cui trovò la
vittoria, ma anche la morte ad opera di un
cecchino francese che lo riconobbe sulla tolda
per la sua uniforme ornata di nastri e lucenti
decorazioni bene in vista. Ironia della sorte,
lui che disprezzava gli onori, nella realtà era
divorato da due vanità: quella di presenziare
di continuo alle cerimonie e di esibire in
qualunque occasione una giubba piena di
medaglie; una debolezza che in
quell'occasione gli costò la vita. Dopo la sua
scomparsa, lo scorretto Horatio fu
circondato da un malcelato disprezzo per
l'assassinio di Caracciolo, che macchiava
l'onore militare inglese; i suoi concittadini gli
negarono infatti la sepoltura a Westminster,
come egli aveva richiesto. Emma, dal suo
canto, fece la fine che si meritava: William
Nelson non volle dare esecuzione al
testamento di suo fratello (che conteneva dei
legati per lei), la sua vecchia amica di bagordi
Maria Carolina non rispose mai alle richieste
di sussidio dell'ex amante inglese che finì in
prigione due volte per debiti. Essendo le sue
grazie sfiorite, ormai priva dei “ferri del
mestiere” e altro non sapendo fare, si ridusse
a chiedere l'elemosina per strada: morì a
Calais, povera e alcolizzata, a cinquant'anni.

Questo evoca la colonna di Trafalgar Square,
a chi – *hanging around London*,
bigheggionando per Londra – sa ben guardarla:
essa simboleggia una tragica vicenda e la
figura di un uomo crudele che, dando prova
nel bene e nel male di una disumana
determinazione, impersonò un periodo della
storia del Sud e di Napoli, della cui ignoranza
nessun intellettuale, secondo un costume
corrente, prova vergogna.

GIMBE®

Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con



Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP
CLINICAL
RESEARCH
IN PNEUMOLOGY
2^A EDIZIONE

FERRARA

**5-7 FEBBRAIO
2007**

www.gimbe.org/crp

2007



MIDIA srl Via Santa Maddalena, 1 • 20052 Monza MI
Tel. 0392 304 440 • Fax 0392 304 442 • midia@midiaonline.it

www.midiaonline.it

Il mio Angelo

Ermanno Corbo

Il giorno muore tra le mie braccia.
 L'ultima luce tramonta nei miei occhi.
 Il mio angelo scende come ogni sera
 da sempre mia unica certezza.
 Mi racconta di quando ero bambino,
 di quando avevo paura del buio e si sedeva
 paziente accanto a me.
 Le braccia di mia Madre
 così calde, così sicure
 così bianche e delicate
 mio certo rifugio.
 I miei occhi spalancati nella notte
 in cerca di qualcosa,
 per il timore di qualcuno,
 solo allora si chiudevano tranquilli.
 Parlami del tempo passato
 di quando le mie mani erano pulite come
 il mio animo.
 Raccontami di quando avevo rimorso
 per una farfalla colta da un fiore.
 Quando non osavo guardare negli occhi
 mia Madre
 e nascondevo le mie piccole dita
 ancora colorate dalle ali trasparenti
 di quell'amore.
 Non le facevo male,
 l'accarezzavo e poi la lasciavo andare,
 solo per un attimo le avevo rubato la libertà.
 Parlami della mia solitudine.
 Lancia la mia mente oltre i confini del ricordo.
 Fammi vivere realtà sognate.
 Questa notte non voglio lasciarti.
 Potremmo dire che il mio cuore si è fermato.
 Tienimi con te.
 È quasi l'alba ed io non voglio perderti.
 Promettimi che tornerai tutte le sere.
 tutte le notti
 sempre

sino a quando il mio cuore non si fermerà
 davvero.
 Allora non dovremo più mentire
 per restare insieme.
 Aspetta, non andar via.
 Dimmi.
 Quel bimbo vive ancora in me?
 E se è così.
 Fammi rivivere quella stagione
 per un solo attimo.
 Fammi piangere ancora per una farfalla
 rapita.
 Fammi rivedere le braccia giovani
 di mia madre.
 Tu puoi.
 A domani dolce mio spirito.
 Lui mi guarda e nasconde una lacrima.

Ermanno Corbo

Direttore Presidio Pneumologico AUSL
 TARANTO 1

*Lo spazio "la poesia" è aperto
 a tutti i lettori di Pneumorama,
 medici e non, purché "poeti".*

CHEST 2006



October 21 - 26, 2006

Salt Lake City, Utah



Update your medical knowledge.

Improve your practice management skills.

Maximize the care you provide your patients.

Network with other health professionals.

Experience Salt Lake City, where cityscape
meets the great escape of the Rocky Mountains.

**Learn more about the year's best learning opportunity
in chest and critical care medicine.**

**www.chestnet.org
(800) 343-2227 or (847) 498-1400**

AMERICAN COLLEGE OF
 **CHEST**
P H Y S I C I A N S





Magda Castel

Magda Castel, nata nella mediterranea Barcellona, ha deciso di vivere a Monza, nel cuore delle pianure del nord Italia. I suoi dipinti sono un canto alla sensualità e alla gioia di vivere, un inno pagano al desiderio d'amore.

"Le sirene sono le protagoniste dell'ultima produzione di Magda Castel. Queste terribili creature marine, che dai tempi più remoti hanno ammaliato e spaventato l'uomo...

...La tavolozza, caratterizzata da gradazioni di ocra, rossi, verdi e azzurri, crea un onirico spazio nel quale dominano le grandi figure delle sirene, ancor più enfatizzate da un corpo reso nei tenui toni del grigio e quindi in fortissimo contrasto con l'ambiente circostante e soprattutto con le pennellate di rosso e blu che già sapientemente ritornavano in pochi, calibrati dettagli di altre opere dell'artista catalana, ...mentre le sue grandi, sinuose figure femminili sembrano essere una reminiscenza di Bottero, artista che già influenzò la precedente produzione della pittrice. E come le donne formose della serie del 2001, anche le sirene sono ora animate da uno sguardo seducente e voluttuoso rivolto senza alcun timore e ritegno verso che le guarda...

...Nelle opere di Magda, inoltre, le sirene sono sempre affiancate da grossi colorati pesci che riprendono puntualmente le tondeggianti forme delle donne. Questi animali sono talvolta colti mentre nuotano variopinti in calme acque, ma per lo più sono ritratti nelle mani delle sirene che saldamente li tengono vicino a sé, ad enfatizzare il legame reciproco, o forse semplicemente a ricordare il potere deduttivo e distruttivo di queste creature. Ma i pesci possono diventare anche gli assoluti protagonisti delle ultime composizioni della pittrice catalana, ...dove anche i coloratissimi pesciolini divengono presenze oniriche e misteriose quanto le ammalianti sirene".

Chiara Bertoldi

Pesce giallo
92x60 cm,
olio su tela,
€ 1.440,00



Pesce fritto
92x65 cm,
olio su tela,
€ 1.440,00





La sposa del mare
92x65 cm, olio su tela, € 1.440,00



Immaginario 1
92x65 cm, olio su tela, € 1.440,00



Immaginario 2
92x73 cm, olio su tela, € 1.440,00



Sirena in città
92x65 cm, olio su tela, € 1.440,00



La notte e la tartaruga
92x73 cm, olio su tela, € 1.440,00

I prezzi delle opere esposte sono comprensivi di IVA e spese di trasporto sul territorio nazionale.

MidiaArte è una attività di Midia srl che propone ai lettori di PNEUMORAMA una galleria virtuale.

Chi fosse interessato all'acquisto delle opere "esposte" (se disponibili) e ad altre della stessa artista può rivolgersi a MIDIA allo 039 2304440, inviare un fax allo 039 2304442, una e-mail a midia@midiaonline.it

Pneumoenologia 2006

Sandro Amaducci

Il 24 febbraio a Trento il dott. Sella ha organizzato una splendida giornata su Altitudine, volo e malattie respiratorie presso la sala riunioni delle Cantine Ferrari. Alcuni oratori, suggestionati dall'ambiente, si sono gettati su azzardati accostamenti pneumoenologici.

Incomincia a narrare l'amico fisiologo Claudio Marconi che, durante le serate sugli altipiani tibetani, saggiava sia le capacità cardiorespiratorie non comuni degli autoctoni ma anche della bonarda bariccata arrivata dall'oltrepò pavese, terra ahimè non rinomatissima dal punto di vista enologico di vertice, ma per la solitudine tibetana eccellente.

Poi ecco una lavoro in doppio cieco del cardiologo Agostoni dal titolo "Does wine breath?" (dopo la lezione sugli adeguamenti cardiocircolatori all'altitudine) sul ph del vino scaraffato e non e un altro ancora, longitudinale, sulla tenuta di un vino stappato (si conclude che un gran rosso non si altera per 4-5 giorni, ma nulla si dice delle moderne chiusure sotto vuoto) poi il lunch con Brut Ferrari a volontà ed una grande pigrizia pomeridiana con visita alle cantine e su come programmare un viaggio aereo.

Il Ferrari di base è un poco troppo acidulo per il mio palato! I millesimè sono da tempo esauriti alle cantine Ferrari (ripassate a luglio 2006 perché sono davvero eccellenti); ma l'ottimo Sella con aria furtiva ne fornisce qualcuno ai relatori.

A parte gli scherzi, una gran giornata dell'AIPO Trentino Alto Adige, ricca di spunti fisiopatologici assai interessanti!

Cari colleghi di questa sezione, avreste molto da insegnare ad un notissimo pneumologo di pianura che al termine di un Convegno Internazionale, a marzo, regala ai partecipanti del pessimo ed anonimo gewurtztraminer!

A lui come a tutti consiglio il festival del gewurtztraminer che si celebra ogni luglio a Termeno con degustazioni delle tipologie

mondiali (Termeno, val d'Isarco, Alsazia, Sud-Africa, etc.) più affermate. Purtroppo bisogna elogiare anche il gewurtz. Del sindaco (accompagnandolo a testina di maiale con all'esterno 30 gradi), ma questo è un prezzo da pagare alla eccellente manifestazione.

VI SEGNALO UNA CANTINA

Le Cantine Ferrari

Fondate nel 1902 da Giulio Ferrari (sotto l'impero austro-ungarico) sono ora di proprietà della famiglia Lunelli dal 1952.

È la cantina spumatistica più famosa in Italia. Ma la sua produzione oltre che di quantità (5 milioni di bottiglie) è nei millesimati di gran qualità: la Riserva del fondatore Giulio Ferrari ogni anno scala i vertici delle top italiane (siamo all'annata 96) è equilibrata, delicata ma vivacissima. E che dire del Perlé Brut Rosé 2001, il miglior spumante rosé italiano sul mercato? Se poi vi sarete entusiasmati nella ricerca dei millesimati, sempre all'uscita di Trento autostrada, da Ferrari passate a Cavit e cercate il millesimato 1996 Altemasi Riserva Graal, forse meno blasonato del Ferrari, ma anche più economico e nello stesso tempo elegantissimo. Una bella gara nella eccellenza!

Vi segnalo inoltre, andando per spumanti, altre 2 cantine specializzare in spumanti: la Maso Martis sempre a Trento specie col suo Riserva 2000 Martignano (secco, elegante) e spingendosi in Sud Tirol la Arunda di Meltina a 1200 metri di quota. ate il cuvée Marianna Talento extra brut (vi troverete dentro una sensazione di frutta tropicale deliziosa).



1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE

TOBI® 300 mg/5 ml soluzione da nebulizzare

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Una fiala da 5 ml contiene tobramicina 300 mg corrispondente ad una singola dose. Per gli eccipienti si veda il par. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Soluzione da nebulizzare. Soluzione limpida, di colore giallino.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Terapia di lungo periodo dell'infezione polmonare cronica dovuta a *Pseudomonas aeruginosa* nei pazienti di età non inferiore ai 6 anni affetti da fibrosi cistica (FC). Deve essere tenuta in considerazione la linea guida ufficiale sull'uso appropriato degli agenti antibatterici.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

TOBI® è destinato all'uso tramite inalazione e non all'uso parenterale. **Posologia** La dose raccomandata per adulti e bambini è pari ad una fiala due volte al giorno (b.i.d.) per un periodo di 28 giorni. L'intervallo tra le due dosi deve essere il più vicino possibile alle 12 ore e comunque non inferiore alle 6 ore. Dopo 28 giorni di terapia i pazienti devono interrompere la terapia con TOBI® per i 28 giorni successivi. Si deve rispettare un ciclo di 28 giorni di terapia, seguito da 28 giorni di interruzione del trattamento. Il dosaggio non è stabilito in base al peso. È previsto che tutti i pazienti ricevano una fiala di TOBI® (300 mg di tobramicina) due volte al giorno. Studi clinici controllati, condotti per un periodo di 6 mesi usando il seguente regime di dosaggio di TOBI®, hanno dimostrato che il miglioramento della funzione polmonare si è mantenuto al di sopra del valore iniziale anche nel corso dei periodi di interruzione di 28 giorni. Regime di dosaggio di TOBI® negli studi clinici controllati

Ciclo 1

28 giorni	28 giorni
TOBI® 300 mg due volte al giorno più trattamento standard	trattamento standard

Ciclo 2

28 giorni	28 giorni
TOBI® 300 mg due volte al giorno più trattamento standard	trattamento standard

Ciclo 3

28 giorni	28 giorni
TOBI® 300 mg due volte al giorno più trattamento standard	trattamento standard

La sicurezza e l'efficacia sono state valutate in studi clinici sia controllati sia in aperto fino a 96 settimane (12 cicli di terapia), ma non sono state studiate in pazienti di età inferiore ai 6 anni, con un volume espiratorio forzato in 1 secondo (FEV₁) < 25% o > 75% del previsto, oppure in pazienti infettati da colonie di *Burkholderia cepacia*. La terapia deve essere iniziata da un medico con esperienza nel trattamento della fibrosi cistica. Il trattamento con TOBI® deve essere continuato su base ciclica fino a che il medico curante ritenga che il paziente tragga benefici dall'inclusione di TOBI® nel regime di trattamento. Nel caso in cui si presentasse un deterioramento clinico dello stato polmonare, si deve considerare l'opportunità di intervenire con una terapia anti-pseudomonas aggiuntiva. Studi clinici hanno dimostrato che risultati microbiologici, indicanti resistenza al farmaco in vitro somministrato per via endovenosa, non precludono necessariamente un beneficio clinico per il paziente.

Modo di somministrazione

Il contenuto di una fiala deve essere versato nel nebulizzatore e somministrato tramite un'inalazione della durata di circa 15 minuti, utilizzando un nebulizzatore riutilizzabile PARI LC PLUS con un compressore adeguato. Si considerano adeguati i compressori che, una volta attaccati ad un nebulizzatore PARI LC PLUS, emettono un flusso di 4-6 l/min e/o una contropressione di 110-217 kPa. Per l'utilizzo e la manutenzione del nebulizza-

tore e del compressore devono essere seguite le istruzioni del produttore. TOBI® viene inalato mentre il paziente è seduto o in piedi e respira normalmente attraverso il boccaglio del nebulizzatore. Una molletta per il naso può aiutare il paziente a respirare attraverso la bocca. Il paziente deve continuare il proprio regime standard di fisioterapia respiratoria. L'uso di broncodilatatori appropriati va continuato a seconda della necessità clinica. Nel caso in cui i pazienti ricevano diverse terapie respiratorie, si raccomanda che vengano assunte nel seguente ordine: broncodilatatore, fisioterapia respiratoria, altri farmaci inalati ed infine TOBI®.

Massima dose giornaliera tollerata

La dose massima giornaliera tollerata di TOBI® non è stata stabilita.

4.3 Controindicazioni

La somministrazione di TOBI® è controindicata in tutti i pazienti con ipersensibilità accertata nei confronti di qualsiasi aminoglicoside.

4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego

Avvertenze generali

Per informazioni relative alla somministrazione nel corso della gravidanza e dell'allattamento vedere il paragrafo 4.6. TOBI® deve essere usato con cautela nei pazienti con disfunzione renale accertata o sospetta, uditiva, vestibolare o neuromuscolare o con emottisi grave in atto.

La concentrazione sierica di tobramicina deve essere monitorata solo mediante prelievo di sangue da vena e non campionando il sangue mediante la puntura del dito, che è un metodo di dosaggio non validato. È stato osservato che la contaminazione della pelle delle dita dalla preparazione e nebulizzazione di TOBI® può portare a livelli sierici del farmaco falsamente incrementati. Questa contaminazione non può essere completamente evitata lavando le mani prima del test.

Broncospasmo

Il broncospasmo può insorgere con l'inalazione di medicinali ed è riportato in seguito all'assunzione di tobramicina nebulizzata. La prima dose di TOBI® deve essere somministrata sotto controllo medico, usando un broncodilatatore pre-nebulizzazione, se questo fa già parte del trattamento in atto per il paziente. Il FEV₁ (volume espiratorio forzato) deve essere misurato prima e dopo la nebulizzazione. Se vi è evidenza di broncospasmo indotto dalla terapia in un paziente che non riceve un broncodilatatore, il trattamento deve essere ripetuto in un'altra occasione usando un broncodilatatore. L'insorgenza di broncospasmo in presenza di una terapia con broncodilatatore può indicare una reazione allergica. Se si sospetta una reazione allergica TOBI® deve essere sospeso. Il broncospasmo va trattato nel modo clinicamente appropriato.

Disturbi neuromuscolari

TOBI® deve essere usato con grande cautela nei pazienti affetti da disturbi neuromuscolari quali Parkinsonismo o altre condizioni caratterizzate da miastenia, inclusa la miastenia grave, poiché gli aminoglicosidi possono aggravare la debolezza muscolare a causa di un potenziale effetto curariforme sulla funzione neuromuscolare.

Nefrotossicità

Nonostante la nefrotossicità sia stata associata alla terapia con aminoglicosidi per via parenterale, non c'è stata evidenza di nefrotossicità negli studi clinici con TOBI®. Il prodotto va usato con cautela nei pazienti con accertata o sospetta disfunzione renale e devono essere controllate le concentrazioni sieriche di tobramicina. I pazienti con grave disfunzione renale, creatinina serica > 2 mg/dl (176.8 µmol/l), non sono stati inclusi negli studi clinici. L'attuale prassi clinica suggerisce che la funzionalità renale di base deve essere valutata. I livelli di urea e creatinina vanno rivalutati ogni 6 cicli completi di terapia con TOBI® (180 giorni di terapia con aminoglicoside nebulizzato). In caso di evidenza di nefrotossicità, tutta la terapia con tobramicina deve essere interrotta fino a quando le concentrazioni sieriche minime di farmaco scendono al di sotto di 2 µg/ml. La terapia con TOBI® può essere poi ripresa a discrezione del medico. I pazienti che ricevono contemporaneamente una terapia con aminoglicoside per via parenterale devono essere controllati nel modo clinicamente opportuno tenendo conto del rischio di tossicità cumulativa.

Ototoxicità

In seguito all'uso di aminoglicosidi per via parenterale è stata riportata ototoxicità che si è manifestata sia come tossicità uditiva, che come tos-

sicità vestibolare. La tossicità vestibolare si può manifestare tramite vertigini, atassia o capogiri. Nel corso della terapia con TOBI®, nell'ambito di studi clinici controllati, non si è verificata tossicità uditiva, misurata in base alla comparsa di ipoacusia o tramite valutazioni audiometriche. Negli studi in aperto e nelle esperienze durante la commercializzazione, alcuni pazienti, con una storia di uso prolungato precedente o concomitante di aminoglicosidi somministrati per via endovenosa, hanno manifestato ipoacusia. Il medico deve considerare la possibilità che gli aminoglicosidi causino tossicità vestibolare e cocleare ed eseguire controlli appropriati della funzione uditiva nel corso della terapia con TOBI®. Nei pazienti con un rischio predisponente, dovuto ad una precedente terapia con aminoglicosidi per via sistemica prolungata, può essere necessario considerare l'opportunità di accertamenti audiologici prima dell'inizio della terapia con TOBI®. La comparsa di tinnito impone cautela, poiché si tratta di un sintomo di ototossicità. Se il paziente riferisce tinnito o perdita dell'udito nel corso della terapia con aminoglicosidi, il medico deve considerare l'opportunità di predisporre accertamenti audiologici. I pazienti che ricevono contemporaneamente una terapia con aminoglicosidi per via parenterale devono essere sottoposti a controlli nel modo clinicamente opportuno, tenendo conto del rischio di tossicità cumulativa.

Emottisi

L'inalazione di soluzioni nebulizzate può indurre il riflesso della tosse. L'uso di TOBI® nei pazienti affetti da emottisi grave in atto è consentito solamente se i benefici connessi al trattamento sono considerati superiori ai rischi di indurre ulteriore emorragia.

Resistenza microbica

Negli studi clinici, alcuni pazienti sotto terapia con TOBI® hanno mostrato un aumento delle Concentrazioni Minime Inibitorie di aminoglicosidi per isolati di *P. aeruginosa* testati. Esiste un rischio teorico che i pazienti in trattamento con tobramicina nebulizzata possano sviluppare isolati di *P. aeruginosa* resistenti alla tobramicina per via endovenosa. (vedi paragrafo 5.1)

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione

Nell'ambito degli studi clinici, i pazienti che hanno assunto TOBI® contemporaneamente a dornase alfa, β agonisti, corticosteroidi inalati ed altri antibiotici antipseudomonas orali o parenterali, hanno mostrato eventi avversi simili a quelli del gruppo di controllo. L'uso concomitante e/o sequenziale di TOBI® con altri medicinali potenzialmente nefrotossici o ototossici deve essere evitato. Alcuni diuretici possono aumentare la tossicità degli aminoglicosidi alterando le concentrazioni dell'antibiotico nel siero e nei tessuti. TOBI® non deve essere somministrato contemporaneamente a furosemide, urea o mannitolo. Altri medicinali che hanno dimostrato di aumentare la potenziale tossicità degli aminoglicosidi somministrati per via parenterale includono: Anfotericina B, cefalotina, ciclosporina, tacrolimus, polimixine (rischio di aumentata nefrotossicità); Composti del platino (rischio di aumentata nefrotossicità e ototossicità); Anticolinestras, tossina botulinica (effetti neuromuscolari).

4.6 Gravidanza ed allattamento

TOBI® non deve essere utilizzato nel corso della gravidanza e dell'allattamento, a meno che i benefici per la madre non siano superiori ai rischi per il feto o il neonato.

Gravidanza

Non esistono adeguati dati sull'uso di tobramicina somministrata tramite inalazione a donne gravide. Studi su animali non indicano un effetto teratogeno della tobramicina (vedi paragrafo 5.3 Dati preclinici di sicurezza). Tuttavia gli aminoglicosidi possono causare danni al feto (per esempio sordità congenita) quando alte concentrazioni sistemiche vengono raggiunte in una donna gravida. Se TOBI® viene usato nel corso della gravidanza, o se la paziente rimane incinta nel corso della terapia con TOBI®, è necessario informarla del rischio potenziale per il feto.

Allattamento

La tobramicina somministrata per via sistemica viene escreta nel latte materno. Non si è a conoscenza se la somministrazione di TOBI® determini concentrazioni nel siero sufficientemente elevate da consentire la rilevazione della tobramicina nel latte materno. A causa del pericolo potenziale di ototossicità e nefrotossicità connesso all'assunzione della tobramicina da parte dei bambini, è necessario decidere se interrompere l'allattamento o la terapia con TOBI®.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Sulla base delle reazioni avverse del farmaco riportate, è da considerarsi improbabile la possibilità che TOBI® influenzi la capacità di guidare e usare macchine.

4.8 Effetti indesiderati

Nell'ambito di studi clinici controllati, l'alterazione della voce e il tinnito sono stati gli unici effetti indesiderati presenti con maggior frequenza nei

pazienti trattati con TOBI® (rispettivamente 13% nel gruppo trattato con TOBI® rispetto al 7% nel gruppo di controllo e 3% nel gruppo trattato con TOBI® rispetto allo 0% nel gruppo di controllo). Questi episodi di tinnito sono stati transitori e si sono risolti senza l'interruzione della terapia con TOBI® e non sono stati associati ad una perdita permanente di udito controllata tramite audiogramma. Il rischio di tinnito non è aumentato con cicli ripetuti di esposizione a TOBI®. Altri effetti indesiderati, alcuni dei quali sono comuni conseguenze della malattia sottostante, ma dove una relazione causale con TOBI® non può essere esclusa, sono stati: alterazione del colore dell'espettorato, infezione del tratto respiratorio, mialgia, polipi nasali e otite media. Nella fase post-marketing, sono stati riportati effetti indesiderati con la frequenza elencata di seguito:

Condizioni generali

Rara: Dolore toracico, Astenia, Febbre, Emicrania, Dolore

Molto Rara: Dolore addominale, Infezione micotica, Malessere, Dolore alla schiena. Reazioni allergiche incluso orticaria e prurito.

Apparato digerente

Rara: Nausea, Anoressia, Ulcerazioni alla bocca, Vomito

Molto Rara: Diarrea, Candidosi orale

Sistema sanguigno e linfatico

Molto Rara: Linfadenopatia

Sistema Nervoso

Rara: Capogiri

Molto Rara: Sonnolenza

Sistema Respiratorio

Non comune: Alterazione della voce (incluso raucedine), Dispnea, Aumento della tosse, Faringite

Rara: Broncospasmo, Oppressione toracica, tosse e accorciamento del respiro, Disturbi polmonari, Aumento dell'escreato, Emottisi, Ridotta funzionalità polmonare, Laringite, Epistassi, Rinite, Asma

Molto rara: Iperventilazione, Ipossia, Sinusite

Sistemi sensoriali

Rara: Tinnito, Perdita dell'udito, Perversione del gusto, Atonia

Molto Rara: Disturbi dell'orecchio, Dolore all'orecchio

Cute e Annessi

Rara: Eruzioni cutanee

Negli studi clinici in aperto e nelle esperienze post-marketing alcuni pazienti con anamnesi di prolungato o concomitante utilizzo di aminoglicosidi per via endovenosa hanno manifestato la perdita dell'udito (vedi paragrafo 4.4). Gli aminoglicosidi per via parenterale sono stati associati con ipersensibilità, ototossicità e nefrotossicità (vedi paragrafo 4.3 e 4.4).

4.9 Sovradosaggio

La somministrazione per via inalatoria della tobramicina ne determina una bassa biodisponibilità sistemica. I sintomi da sovradosaggio di aerosol possono comprendere grave raucedine. In caso di ingestione accidentale di TOBI®, la tossicità è improbabile, poiché la tobramicina viene scarsamente assorbita dal tratto gastrointestinale integro. In caso di somministrazione per errore di TOBI® per via endovenosa è possibile che si presentino segni e sintomi di un sovradosaggio di tobramicina parenterale che comprendono capogiri, tinnito, vertigini, perdita di capacità uditiva, difficoltà respiratoria e/o blocco neuromuscolare e danno renale. La tossicità acuta va trattata interrompendo immediatamente la somministrazione di TOBI® ed eseguendo esami di funzionalità renale. Le concentrazioni di tobramicina nel siero possono essere utili per controllare il sovradosaggio. In qualsiasi caso di sovradosaggio va considerata la possibilità di interazioni tra farmaci, con alterazioni della eliminazione di TOBI® o di altri prodotti medicinali.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Classificazione farmacoterapeutica (codice ATC)

Antibatterici aminoglicosidici J01GB01

Proprietà generali

La tobramicina è un antibiotico aminoglicosidico prodotto dallo *Streptomyces tenebrarius*. La sostanza agisce principalmente interferendo con la sintesi di proteine, causando così l'alterazione della permeabilità della membrana cellulare, la progressiva disgregazione dell'involucro cellulare ed infine la morte della cellula. La tobramicina svolge un'azione battericida a concentrazioni pari o leggermente superiori rispetto a quelle che svolgono un'azione inibitoria.

Breakpoints

I breakpoints di sensibilità stabiliti per la somministrazione parenterale della tobramicina non sono appropriati nella somministrazione del farmaco per via aerosolica. L'escreato di pazienti affetti da FC possiede un'azione inibitoria sull'attività biologica locale degli aminoglicosidi

nebulizzati. Ciò richiede concentrazioni nell'escreato di tobramicina somministrata tramite aerosol da dieci a venticinque volte superiori alla MIC (concentrazioni minime inibenti), rispettivamente per la soppressione della crescita e per l'attività battericida di *P. aeruginosa*. In studi clinici controllati, nel 97% dei pazienti che hanno assunto TOBI®, le concentrazioni nell'escreato sono risultate 10 volte maggiori della più alta MIC per la *P. aeruginosa* proveniente dai pazienti e nel 95% dei pazienti che hanno ricevuto TOBI® le concentrazioni sono risultate 25 volte superiori alle MIC più elevate. Nella maggioranza dei pazienti, i cui ceppi coltivati presentano valori di MIC al di sopra del breakpoint parenterale, si ottengono comunque benefici clinici.

Sensibilità

In assenza dei breakpoints di sensibilità convenzionali per la via di somministrazione nebulizzata, è necessario usare cautela nel definire gli organismi come sensibili o non sensibili alla tobramicina nebulizzata. Nell'ambito degli studi clinici condotti con TOBI®, la maggior parte dei pazienti con isolati di *P. aeruginosa* con MICs per la tobramicina < 128 µg/ml prima del trattamento hanno presentato una migliorata funzione polmonare in seguito al trattamento con TOBI®. Nei pazienti con un isolato di *P. aeruginosa* con una MIC ≥ 128 µg/ml prima del trattamento, è meno probabile il manifestarsi di una risposta clinica. Tuttavia, negli studi controllati in confronto con placebo, sette su 13 pazienti (54%) che hanno acquisito isolati con MICs ≥ 128 µg/ml nel corso dell'uso di TOBI® hanno presentato una migliorata funzione polmonare. In base a dati *in vitro* e/o a esperienze ottenute nell'ambito di studi clinici, è possibile supporre che gli organismi associati a infezioni polmonari nella FC rispondano alla terapia con TOBI® nel modo seguente:

Sensibile	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Staphylococcus aureus</i>
Non sensibile	<i>Burkholderia cepacia</i> <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> <i>Alcaligenes xylosoxidans</i>

Il trattamento con TOBI® nell'ambito di studi clinici ha fatto rilevare un piccolo ma chiaro aumento delle concentrazioni inibitorie minime di tobramicina, amikacina e gentamicina per isolati di *P. aeruginosa* testati. Ogni 6 mesi aggiuntivi di trattamento ha prodotto un aumento incrementale di ampiezza simile a quello osservato nei 6 mesi degli studi controllati. Il meccanismo di resistenza all'aminoglicoside più prevalente osservato negli isolati di *P. aeruginosa* di pazienti affetti da FC cronica è l'impermeabilità, definita come una perdita generale di suscettibilità a tutti gli aminoglicosidi. *P. aeruginosa* isolati da pazienti con FC hanno anche mostrato di avere una resistenza adattativa agli aminoglicosidi caratterizzata da un ritorno alla sensibilità quando viene sospeso l'antibiotico.

Altre informazioni

Non ci sono evidenze che pazienti trattati fino a 18 mesi con TOBI® abbiano un più alto rischio di acquisire *B. cepacia*, *S. maltophilia* o *A. xylosoxidans* rispetto a pazienti non trattati con TOBI®. Specie di *Aspergillus* sono state più frequentemente rilevate nell'espettorato di pazienti che hanno ricevuto TOBI®; tuttavia una sequela clinica come l'*Aspergilloso* Broncopolmonare Allergica è stata riportata raramente e con frequenza simile al gruppo di controllo.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Absorbimento e distribuzione

Concentrazioni nell'escreato: dieci minuti dopo l'inalazione della prima dose di 300 mg di TOBI®, la concentrazione media della tobramicina nell'escreato è stata pari a 1.237 µg/g (range: da 35 a 7.414 µg/g). La tobramicina non si accumula nell'escreato; dopo 20 settimane di terapia con TOBI®, la concentrazione media della tobramicina nell'escreato 10 minuti dopo l'inalazione è stata pari a 1.154 µg/g (range: da 39 a 8.085 µg/g). È stata osservata una forte variabilità delle concentrazioni della tobramicina nell'escreato. Due ore dopo l'inalazione, le concentrazioni nell'escreato sono diminuite fino a raggiungere approssimativamente il 14% dei livelli di tobramicina misurati 10 minuti dopo l'inalazione.

Concentrazioni nel siero: la concentrazione media della tobramicina nel siero 1 ora dopo l'inalazione di una dose singola di 300 mg di TOBI® da parte di pazienti affetti da FC è stata pari a 0.95 µg/ml (range: sotto il limite di quantificazione – 3.62 mg/ml). Dopo 20 settimane di terapia con TOBI® la concentrazione media della tobramicina nel siero 1 ora dopo il dosaggio è stata pari a 1.05 mg/ml (range: da sotto il limite di quantificazione – a 3.41 mg/ml).

Eliminazione

L'eliminazione della tobramicina somministrata tramite inalazione non è stata studiata. In seguito alla somministrazione endovenosa, la tobramicina assorbita sistemicamente viene eliminata principalmente tramite filtrazione glomerulare. L'emivita di eliminazione della tobramicina dal siero è all'incirca di 2 ore. Meno del 10% della tobramicina viene legata alle proteine del plasma. Probabilmente la tobramicina che non viene assorbita dopo la somministrazione di TOBI® viene eliminata principalmente con l'espettorato.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

I dati preclinici rivelano che il principale rischio per gli esseri umani, basati su studi di sicurezza farmacologica, tossicità per dose ripetuta, genotossicità o tossicità della riproduzione, consiste in nefro e ototossicità. Negli studi di tossicità per dose ripetuta, gli organi bersaglio sono i reni e le funzioni vestibolari/cochleari. In generale, la tossicità si vede a livelli sistemici di tobramicina più elevati rispetto a quelli raggiungibili tramite inalazione alla dose clinicamente raccomandata. Non sono stati effettuati studi di tossicologia riproduttiva con tobramicina somministrata per via inalatoria, ma la somministrazione sottocute durante l'organogenesi della dose di 100 mg/kg/die nel ratto e della massima dose tollerata 20 mg/kg/die nel coniglio, non si è rivelata teratogena. La teratogenicità non può essere valutata a più alte dosi per via parenterale nel coniglio poiché queste hanno provocato tossicità materna e aborto. Tenendo conto dei dati disponibili sugli animali non si può escludere un rischio di tossicità (ototossicità) a livelli di esposizione prenatale.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Cloruro di sodio, acqua per preparazioni iniettabili, acido solforico e idrossido di sodio per aggiustare il pH.

6.2 Incompatibilità

TOBI® non deve essere diluito o miscelato nel nebulizzatore con nessun altro prodotto medicinale.

6.3 Periodo di validità

3 anni. Il contenuto dell'intera fiala va utilizzato immediatamente dopo la sua apertura (vedi paragrafo 6.6).

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

Conservare tra 2 e 8 °C. Conservare nella confezione originale per tenerlo al riparo dalla luce. Una volta tolti dal frigorifero, o nel caso un frigorifero non sia disponibile, i sacchetti contenenti TOBI® (intatti o aperti) possono essere conservati fino a 25 °C per un periodo massimo di 28 giorni. La soluzione delle fiale di TOBI® è normalmente di colore giallino, ma si possono osservare alcune variazioni del colore che non indicano una perdita di attività del prodotto se lo stesso è stato conservato come indicato.

6.5 Natura e contenuto della confezione

TOBI® viene fornito in fiale monodose da 5 ml di polietilene a bassa densità. La confezione contiene un totale di 56 fiale contenute in 4 sacchetti sigillati, contenenti ciascuno 14 fiale confezionate in un contenitore di plastica.

6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione

TOBI® è una preparazione acquosa sterile, non pirogena, monodose. Poiché è priva di conservanti, il contenuto dell'intera fiala deve essere usato immediatamente dopo l'apertura e la soluzione non utilizzata deve essere scartata. Le fiale aperte non devono mai essere conservate per un loro riutilizzo.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Chiron Corporation Limited

Symphony House

The High Street

Cowley Business Park

Uxbridge

UB8 2AD

UK

Concessionaria per la vendita: Dompé spa, Via Campo di Pile,

67100 L'Aquila

8. NUMERO DELL'A.I.C.

034767018.

DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE

15 Febbraio 2001

RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

10 Dicembre 2004

10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO

Dicembre 2005

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione, polvere per inalazione.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ogni dose inalata (dose che fuoriesce dal bocaglio) contiene: budesonide 320 microgrammi/inalazione e formoterolo fumarato diidrato 9 microgrammi/inalazione. Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione fornisce quantità di budesonide e di formoterolo pari a quelle fornite dai corrispondenti monocomposti Turbuhaler, precisamente 400 microgrammi/inalazione di budesonide (dose erogata) e 12 microgrammi/inalazione di formoterolo (dose erogata), quest'ultima indicata sulle confezioni come 9 microgrammi/inalazione (dose inalata). Per gli eccipienti vedi paragrafo 6.1. Formoterolo INN è noto anche come formoterolo BAN.

3. FORMA FARMACEUTICA

Polvere per inalazione. Polvere bianca.

4. INFORMAZIONI CLINICHE **4.1 Indicazioni terapeutiche** **Asma** Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione è indicato nel regolare trattamento dell'asma quando l'uso di una terapia di associazione (corticosteroide per via inalatoria e beta-agonista a lunga durata d'azione) è appropriato in:

- pazienti che non sono adeguatamente controllati con corticosteroidi per via inalatoria e con beta-2 agonisti a breve durata d'azione usati "al bisogno".

o

- pazienti che sono già adeguatamente controllati sia con corticosteroidi per via inalatoria che con beta-2 agonisti a lunga durata d'azione.

Broncopneumopatia cronica ostruttiva Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione è indicato nel trattamento sintomatico di pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva severa (FEV1 <50% del normale) e storia di ripetute esacerbazioni, con sintomi significativi nonostante la terapia regolare con broncodilatatori a lunga durata d'azione. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** **Asma** Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione non è destinato alla gestione iniziale dell'asma. La dose dei componenti di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione è individuale e deve essere adattata in relazione alla gravità della malattia. Ciò va tenuto in considerazione non solo quando si inizia un trattamento con prodotti in associazione ma anche quando il dosaggio viene modificato. Se un singolo paziente necessita di un rapporto di dosi diverso da quello disponibile nell'inalatore dell'associazione, si devono prescrivere dosi appropriate di beta-agonisti e/o di corticosteroidi in inalatori separati. **Dosi raccomandate Adulti (dai 18 anni in su):** 1 inalazione due volte al giorno. Alcuni pazienti possono necessitare fino a un massimo di 2 inalazioni 2 volte al giorno.

Adolescenti (12-17 anni): 1 inalazione due volte al giorno. I pazienti devono essere controllati regolarmente dal medico in modo che il dosaggio sia adattato affinché venga somministrato il più basso livello di dose terapeuticamente efficace. Quando viene raggiunto il controllo dei sintomi con il dosaggio più basso raccomandato, si può provare la somministrazione del solo corticosteroide inalatorio. Nella pratica corrente, quando viene raggiunto il controllo dei sintomi con il regime posologico di due volte al giorno, l'aggiustamento del dosaggio al livello più basso terapeuticamente efficace potrebbe includere la somministrazione di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione una volta al giorno se, nell'opinione del medico, sia necessario l'uso di un broncodilatatore a lunga durata d'azione, per il mantenimento del controllo.

Bambini (inferiori a 12 anni): efficacia e tollerabilità non sono state completamente studiate nei bambini (vedi sezione 5.1). Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione non è raccomandato nei bambini di età inferiore a 12 anni. **Broncopneumopatia cronica ostruttiva Adulti:** 1 inalazione 2 volte al giorno. **Speciali gruppi di pazienti:** non è necessario modificare la dose nei pazienti anziani. Non vi sono dati disponibili per l'uso di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione nei pazienti con insufficienza epatica o renale. Essendo budesonide e formoterolo eliminati principalmente tramite metabolismo epatico, ci si può aspettare un' aumentata esposizione al farmaco nei pazienti affetti da cirrosi epatica grave. Istruzioni per il corretto uso del Turbuhaler: Il Turbuhaler è azionato dal flusso inspiratorio; ciò significa che quando un paziente inala attraverso il bocaglio, la sostanza entra nelle vie aeree seguendo l'aria inspirata.

NOTA: è importante istruire il paziente a:

- leggere attentamente le istruzioni per l'uso riportate nel foglio illustrativo contenuto in ogni confezione;
- inspirare con forza e profondamente attraverso il bocaglio per assicurare che una dose ottimale giunga ai polmoni;
- non espirare mai attraverso il bocaglio;
- sciacquare la bocca con acqua dopo aver inalato la dose prescritta per minimizzare il rischio di infezioni da Candida a livello orofaringeo.

Il paziente può non avvertire alcun sapore o alcuna sensazione di medicinale durante l'uso del Turbuhaler a causa della piccola quantità di farmaco che viene rilasciata. **4.3 Controindicazioni** (ipersensibilità (allergia) a budesonide, formoterolo o lattosio inalato. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego** Si raccomanda una diminuzione graduale del dosaggio quando si pone fine al trattamento, che non deve essere interrotto bruscamente. Se i pazienti rilevano inefficacia del trattamento o se accadono nelle dosi raccomandate dell'associazione fissa, si deve richiedere un parere medico. Un ricorso crescente ai broncodilatatori di emergenza indica un peggioramento delle condizioni di base e richiede una rivalutazione della terapia antiasmatica. Peggioramenti improvvisi e progressivi nel controllo dell'asma o della broncopneumopatia cronica ostruttiva rappresentano un potenziale pericolo di vita e il paziente deve essere sottoposto a una visita medica d'urgenza. In tale situazione si deve considerare la necessità di aumentare la terapia con corticosteroidi o di accompagnarla ad una terapia anti-infiammatoria sistemica, quale un ciclo di corticosteroidi per via orale o un trattamento antibiotico in caso di infezione. Non vi sono dati disponibili sull'uso di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione nel trat-

tamento di attacchi di asma acuto. Ai pazienti si deve consigliare di avere a disposizione in ogni momento il proprio broncodilatatore a rapida azione. Si deve ricordare ai pazienti di assumere Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione tutti i giorni secondo prescrizione medica, anche in assenza di sintomi. La terapia non deve essere iniziata durante una ricottizzazione. Come con altre terapie inalatorie, si può osservare broncospasmo paradossale, con un incremento immediato del respiro sibilante dopo l'assunzione. In tale situazione Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione deve essere sospeso, si deve rivalutare la terapia imposta e, se necessario, istituire una terapia alternativa. Effetti sistemici si possono verificare con qualsiasi corticosteroide inalato, soprattutto a dosi alte e prescritte per lunghi periodi. La comparsa di questi effetti è molto meno probabile con il trattamento per via inalatoria che con i corticosteroidi per via orale. Effetti sistemici possibili includono soppressione surrenale, ritardo nella crescita di bambini e adolescenti, diminuzione della densità minerale ossea, cataratta e glaucoma. Si raccomanda di controllare regolarmente lo stato dei bambini in trattamento prolungato con corticosteroidi inalatori. Se la crescita è rallentata si deve rivalutare la terapia in atto per ridurre la dose del corticosteroide inalatorio. Si devono valutare con attenzione i benefici della terapia corticosteroidea rispetto ai possibili rischi di soppressione della crescita. Si deve inoltre considerare l'opportunità di una visita specialistica da parte di un pneumologo pediatrico. Dati limitati emersi in studi a lungo termine suggeriscono che la maggior parte dei bambini e degli adolescenti trattati con budesonide per via inalatoria raggiunge un'adeguata statura da adulto nonostante sia stata osservata una riduzione iniziale leggera ma transitoria nell'accrescimento (circa 1 cm), generalmente durante il primo anno di trattamento. Devono essere presi in considerazione potenziali effetti sulla densità ossea, specialmente in pazienti trattati con alte dosi, per periodi prolungati, con coesistenti fattori di rischio per l'insorgenza di osteoporosi. Studi a lungo termine con budesonide per via inalatoria in bambini a dosi medie giornaliere di 400 microgrammi (dose erogata) o in adulti a dosi giornaliere di 800 microgrammi (dose erogata) non hanno mostrato effetti significativi sulla densità minerale ossea. Non sono disponibili informazioni sull'effetto di Symbicort a dosi più elevate. Se sussistono ragioni per supporre una compromissione della funzione surrenale causata da una precedente terapia sistemica con steroidi, si deve porre attenzione quando si avvia la terapia con Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione. I benefici della terapia con budesonide per via inalatoria dovrebbero normalmente ridurre al minimo la necessità di steroidi orali ma nei pazienti che provengono da una terapia con steroidi orali può permanere il rischio di compromissione surrenale per un lungo periodo di tempo. Anche i pazienti che in passato hanno richiesto terapia di emergenza con dosi elevate di corticosteroidi o trattamento prolungato con dosi elevate di corticosteroidi inalatori, possono essere a rischio. In periodi di stress o in caso di interventi chirurgici di elezione deve essere presa in considerazione la necessità di effettuare una copertura addizionale con corticosteroide sistemico. Per ridurre al minimo il rischio di infezione da Candida a livello orofaringeo si deve istruire il paziente a sciacquare la bocca con acqua dopo ogni inalazione. Il trattamento concomitante con itraconazolo e ritonavir o con altri potenti inibitori del CYP3A4 deve essere evitato (vedi sezione 4.5). Se ciò non fosse possibile, l'intervallo di tempo tra la somministrazione di questi farmaci che interagiscono tra loro deve essere il più lungo possibile. Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione deve essere somministrato con cautela nei pazienti con tireotossicosi, feocromocitoma, diabete mellito, ipopotassemia non trattata, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, stenosi aortica subvalvolare idiopatica, ipertensione severa, aneurisma o altri severi disturbi cardiovascolari quali ischemia cardiaca, tachicardia o insufficienza cardiaca severa. Deve essere osservata cautela nel trattamento di pazienti con prolungamento dell'intervallo QTc poiché il formoterolo può indurre un prolungamento. La necessità e la dose di corticosteroidi inalatori devono essere rivalutate in pazienti con tubercolosi polmonare attiva o quiescente, infezioni micotiche e virali delle vie aeree. Una ipopotassemia potenzialmente grave può risultare da dosaggi elevati di beta-2-agonisti. L'effetto di un trattamento concomitante con beta-2-agonisti e farmaci che possono indurre ipopotassemia o potenziare un effetto ipopotassemico, quali derivati xantici, steroidi e diuretici, può sommarsi ad un possibile effetto ipopotassemico dei beta-2-agonisti. Si raccomanda particolare cautela nell'asma instabile, che necessita di un uso variabile di broncodilatatori di emergenza, nell'asma severo acuto poiché il rischio di ipopotassemia può essere aumentato dall'ipossia e in altre condizioni in cui la probabilità di insorgenza di effetti collaterali da ipopotassemia è aumentata. Si raccomanda di controllare i livelli di potassio sierico in tali circostanze. Come per tutti i beta-2-agonisti, si devono eseguire controlli supplementari del livello di glicemia nei pazienti diabetici. Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione contiene lattosio (<1 mg/inalazione). Questa quantità non causa normalmente problemi nei soggetti con intolleranza al lattosio. **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione** **Interazioni farmacocinetiche** Il processo metabolico della budesonide è bloccato da sostanze metabolizzate dal CYP P450 3A4 (per esempio itraconazolo, ritonavir). La somministrazione concomitante di questi potenti inibitori del CYP P450 3A4 può incrementare i livelli plasmatici di budesonide. Il concomitante uso di queste sostanze deve essere evitato o meno che il beneficio sia superiore all'aumentato rischio di comparsa di effetti collaterali sistemici. **Interazioni farmacodinamiche** I beta-bloccanti possono indebolire o inibire l'effetto del formoterolo. Pertanto, Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione non deve essere somministrato contemporaneamente ai beta-bloccanti (compresi i calcio) a meno che ciò non sia indispensabile. Il trattamento concomitante con chinidina, disopiramide, procainamide, fenotiazina, antistaminici (terfenadina), inibitori delle monoammina ossidasi e antidepressivi triciclici possono prolungare l'intervallo QTc e aumentare il rischio di aritmie ventricolari. Inoltre, L-dopa, L-tirosina, ossitocina e alcool possono indebolire la tolleranza cardiaca nei confronti dei beta-2-simpatomimetici. Il trattamento concomitante con inibitori delle monoammina ossidasi compresi farmaci con proprietà simili quali furazolidone e procarbazina possono scatenare crisi ipertensive. Esiste un rischio elevato di aritmie in pazienti sottoposti contemporaneamente ad anestesia con idrocarburi alogenati. L'uso concomitante di altri farmaci beta-adrenergici può avere un potenziale effetto additivo. L'ipopotassemia può accrescere la tendenza alle aritmie nei pazienti trattati con glicosidi di digitale. Non sono state osservate interazioni di budesonide con altri farmaci utilizzati nel trattamento dell'asma. **4.6 Gravidanza e allattamento** Non sono disponibili dati clinici sulla somministrazione di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione o di formoterolo e budesonide somministrati contemporaneamente a donne in gravidanza. Non sono stati condotti studi di tossicità riproduttiva nell'animale inerenti la somministrazione della associazione. Non sono disponibili dati adeguati sull'uso di for-

matero in donne in gravidanza. In studi di riproduzione nell'animale il formoterolo, a livelli di esposizione sistemica molto elevati, ha causato effetti indesiderati (vedi sezione 5.3). Dati su circa 2.000 gravidanze in pazienti esposte all'uso di budesonide per via inalatoria indicano che non vi è un aumento di rischio di teratogenicità associato all'uso del farmaco. In studi condotti nell'animale i glucocorticosteroidi hanno indotto malformazioni (vedi sezione 5.3). Ciò non sembra rilevante nel caso delle dosi raccomandate per l'uomo. Studi nell'animale, ad esposizioni inferiori alle dosi teratogeniche, hanno anche identificato che un eccesso di glucocorticoidi in età prenatale è coinvolto nell'aumentato rischio di: crescita intrauterina ritardata, disturbi cardiovascolari nell'animale adulto, modifiche permanenti di densità dei recettori glucocorticoidi, del turnover e funzionalità dei neurotrasmettitori. Durante la gravidanza Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione deve essere somministrato solo se i benefici sono superiori ai potenziali rischi. La budesonide deve essere somministrata alla dose più bassa terapeutica efficace necessaria per il mantenimento del controllo adeguato dell'asma. Non è noto se formoterolo o budesonide passino nel latte materno umano. Nel ratto, piccole quantità di formoterolo sono state riscontrate nel latte materno. La somministrazione di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione a donne durante l'allattamento deve essere presa in considerazione solo se i benefici attesi per la madre sono maggiori di ogni possibile rischio per il bambino.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione ha effetti irrelevanti o non ha alcun effetto sulla capacità di guidare o di usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati** Poiché Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione contiene sia budesonide che formoterolo, si può verificare lo stesso quadro di effetti indesiderati osservato relativamente a queste sostanze. Non è stato osservato alcun aumento di incidenza di reazioni avverse in seguito alla somministrazione concomitante dei due composti. Le reazioni avverse più comuni correlate al farmaco sono gli effetti collaterali farmacologicamente prevedibili della terapia con beta2-agonisti, come tremori e palpitazioni. Questi effetti tendono a essere di grado lieve e solitamente scompaiono entro pochi giorni dall'inizio del trattamento. In uno studio clinico di 3 anni con budesonide nella broncopneumopatia cronica ostruttiva si sono verificate ecchimosi e polmonite con una frequenza rispettivamente del 10% e del 6% in confronto al gruppo placebo che ha riportato una frequenza del 4% e del 3% (rispettivamente $p < 0,001$ e $p < 0,01$). Le reazioni avverse associate a budesonide o formoterolo sono indicate di seguito ed elencate per classe organo-sistema e frequenza. La frequenza è definita come: molto comune ($> 1/10$), comune ($> 1/100$ e $< 1/10$), non comune ($> 1/1000$ e $< 1/100$), raro ($> 1/10000$ e $< 1/1000$) e molto raro ($< 1/10000$).

Alterazioni cardiovascolari	Comune	Palpitazioni
	Non comune	Tachicardia
	Rare	Fibrillazione atriale, tachicardia sopraventricolare, extrasistoli
	Molto rare	Angina pectoris
Alterazioni del sistema endocrino	Molto rare	Segni o sintomi degli effetti sistemici dei glucocorticosteroidi (compreso l'ipofunzionalità della ghiandola surrenale)
Alterazioni dell'apparato gastrointestinale	Non comune	Nausea
Alterazioni del sistema immunitario	Rare	Esfantema, orticaria, prurito, dermatite, angioedema
Infezioni ed infezioni	Comune	Infezioni da candida del tratto orofaringeo
Alterazioni del metabolismo e della nutrizione	Rare	Ipotiroidismo
	Molto rare	Iperglicemia
Alterazioni dell'apparato muscolo scheletrico, del tessuto connettivale e osseo	Non comune	Crampi muscolari
Alterazioni del sistema nervoso	Comune	Mal di testa e tremore
	Non comune	Vertigine
	Molto rare	Disturbi del gusto
Disturbi psichiatrici	Non comune	Agitazione, irrequietezza, nervosismo, disturbi del sonno
	Molto rare	Depressione, disturbi del comportamento (soprattutto nei bambini)
Alterazioni dell'apparato respiratorio del torace e del mediastino	Comune	Lieve irritazione della gola, tosse e raucedine
	Rare	Broncospasmo
Alterazioni della cute e del tessuto sottocutaneo	Non comune	Ecchimosi
Alterazioni del sistema vascolare	Molto rare	Variazione della pressione arteriosa

Come con altre terapie inalatorie, in casi molto rari si può verificare broncospasmo paradossico (vedi sezione 4.4). Effetti sistemici dei corticosteroidi per via inalatoria si possono verificare soprattutto a dosi elevate prescritte per periodi prolungati. Questi possono includere soppressione della funzione surrenale, ritardo nella crescita in bambini ed adolescenti, riduzione della densità minerale ossea, cataratto e glaucoma (vedi sezione 4.4). Il trattamento con beta-2 agonisti può comportare un aumento dei livelli ematici di insulina, degli acidi grassi liberi, di glicerolo e corpi chetonici. **4.9 Sovradosaggio** Un sovradosaggio di formoterolo provocherebbe effetti tipici dei beta2-agonisti adrenergici: tremore, cefalea, palpitazioni. Sono stati riportati casi isolati di tachicardia, iperglicemia, ipotassiemia, prolungamento dell'intervallo QTc, aritmia, nausea e vomito. Possono essere indicati trattamenti di supporto e sintomatici. Una dose di 90 microgrammi di formoterolo somministrata nel corso di tre ore in pazienti con ostruzioni bronchiali acute non ha destato preoccupazioni per la tollerabilità. Non si ritiene che un sovradosaggio acuto di budesonide, anche a dosi molto elevate, possa causare problemi clinici. Se budesonide viene utilizzata cronicamente in dosi eccessive, si possono verificare effetti sistemici glucocorticosteroidi come ipercorticismo e soppressione surrenale. In caso di sospensione della terapia con Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione a causa di un sovradosaggio del formoterolo (componente dell'associazione) si deve prendere in considerazione una terapia con un corticosteroide inalatorio adeguato.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche Gruppo farmacoterapeutico: Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie. Classificazione ATC: R03AK07 **Meccanismi d'azione ed effetti farmacodinamici** Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione contiene formoterolo e budesonide, che hanno un meccanismo d'azione diverso e presentano effetti additivi in termini di riduzione delle riacutizzazioni dell'asma. I meccanismi d'azione delle due sostanze sono discussi di seguito. **Budesonide** Budesonide, somministrata per via inalatoria, alle dosi raccomandate è dotata di attività antinfiammatoria glucocorticoidica a livello del polmone, con conseguente riduzione dei sintomi e delle riacutizzazioni dell'asma, con minori effetti avversi rispetto alla somministrazione sistemica dei corticosteroidi. L'esatto meccanismo di azione responsabile di tale effetto antinfiammatorio non è noto. **Formoterolo** Formoterolo è un agonista selettivo beta2-adrenergico che produce rilassamento del muscolo liscio bronchiale in

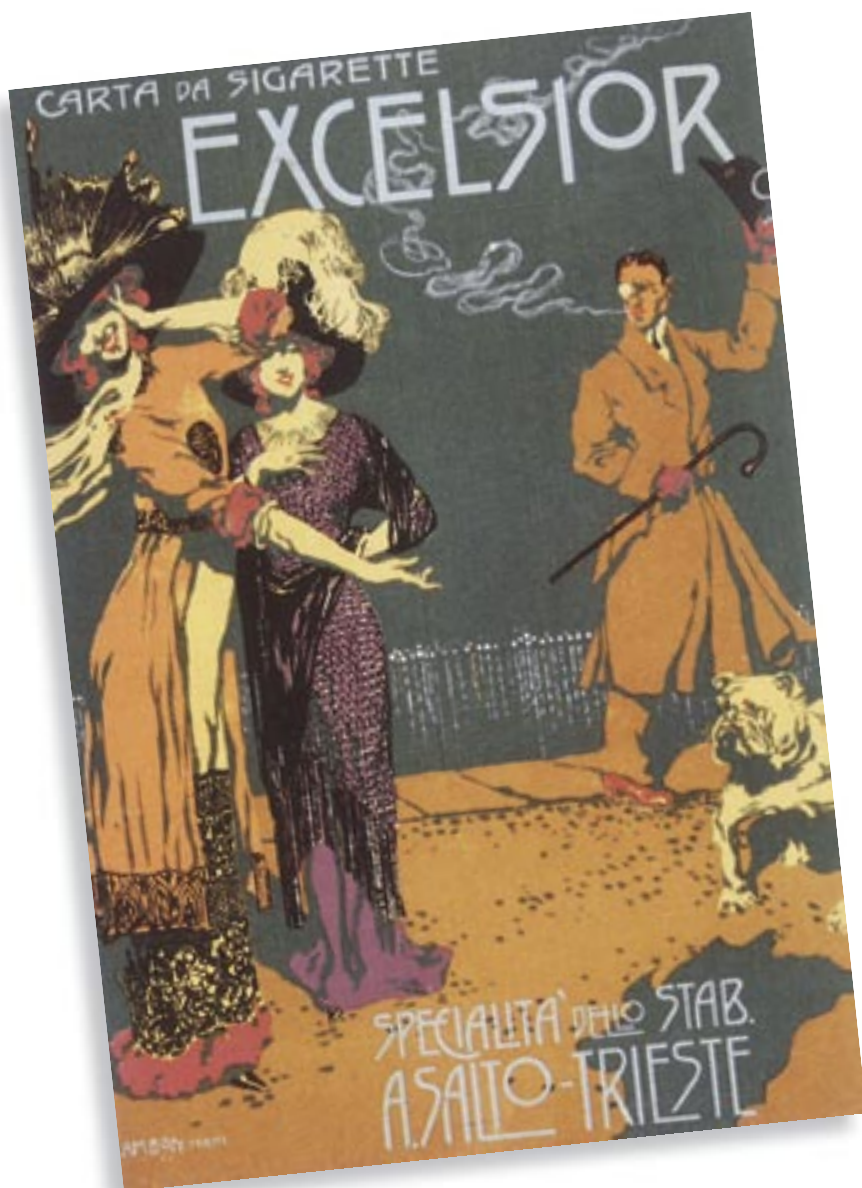
pazienti con ostruzione reversibile delle vie aeree. L'effetto broncodilatatore si esercita rapidamente entro 1-3 minuti dall'inalazione e ha una durata di 12 ore dopo una singola dose. **Symbicort Asma** Negli studi clinici negli adulti, l'aggiunta di formoterolo a budesonide ha migliorato i sintomi dell'asma e la funzionalità polmonare, riducendo le riacutizzazioni. In due studi di 12 settimane l'effetto sulla funzionalità polmonare di Symbicort era uguale a quello di una associazione libera di budesonide e formoterolo e superiore a quello della sola budesonide. Non vi è stato segno di attenuazione dell'effetto antiasmatico nel tempo. Non sono stati effettuati studi clinici con Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione. Dosi corrispondenti somministrate con le formulazioni a più basso dosaggio di Symbicort Turbuhaler sono efficaci e ben tollerate. In uno studio pediatrico di 12 settimane, 85 bambini di età compresa tra i 6 e gli 11 anni sono stati trattati con SymbicortMite (2 inalazioni da 80/4,5 microgrammi/inalazione 2 volte/die) che ha migliorato la funzionalità polmonare ed è stato ben tollerato. **Broncopneumopatia cronica ostruttiva** In due studi di 12 mesi condotti su pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva di grado severo è stato valutato l'effetto sulla funzionalità polmonare e la frequenza di esacerbazioni (definite come cicli di steroidi orali e/o di antibiotici e/o ospedalizzazioni). La mediana del FEV1 all'inclusione negli studi era il 36% del normale. Il numero medio di esacerbazioni/anno (secondo la definizione sopra citata) era significativamente ridotto con Symbicort rispetto al trattamento con formoterolo da solo o al placebo (frequenza media 1,4 rispetto a 1,8-1,9 nel gruppo placebo/formoterolo). Il numero medio di giorni di terapia con corticosteroidi orali/paziente durante i 12 mesi era lievemente ridotto nel gruppo Symbicort (7-8 giorni/paziente/anno rispetto a 11-12 e 9-12 giorni/paziente/anno nel gruppo placebo e formoterolo). Symbicort non era superiore al trattamento con formoterolo da solo per quanto riguarda le modifiche dei parametri di funzionalità polmonare quale il FEV1. **5.2 Proprietà farmacocinetiche**

Absorbimento Symbicort e i monoprodotto corrispondenti hanno dimostrato di essere bioequivalenti in relazione alla biodisponibilità sistemica rispettivamente di budesonide e formoterolo. Nonostante ciò, un leggero aumento della soppressione di cortisolo è stato osservato dopo la somministrazione di Symbicort rispetto ai monocomposti. La differenza è considerata priva di impatto sulla sicurezza clinica. Non vi è alcuna evidenza di interazione farmacocinetica tra budesonide e formoterolo. I parametri farmacocinetici per le rispettive sostanze erano confrontabili dopo la somministrazione di budesonide e formoterolo in quanto monoprodotto o in quanto Symbicort. Per budesonide, l'AUC era lievemente più elevata, il tasso di assorbimento più rapido e la concentrazione di picco nel plasma più alta dopo la somministrazione della associazione fissa. Per formoterolo, la concentrazione di picco nel plasma era simile dopo la somministrazione della associazione fissa. Budesonide inalata viene rapidamente assorbita e la concentrazione di picco nel plasma viene raggiunta entro 30 minuti dopo l'inalazione. Negli studi, la deposizione polmonare media di budesonide dopo inalazione tramite Turbuhaler variava dal 32 al 44% della dose inalata. La biodisponibilità sistemica è di circa il 49% della dose inalata. Formoterolo inalato viene rapidamente assorbito e la concentrazione di picco nel plasma viene raggiunta entro 10 minuti dopo l'inalazione. Negli studi, la deposizione polmonare media di formoterolo dopo inalazione tramite Turbuhaler variava dal 28 al 49% della dose inalata. La biodisponibilità sistemica è di circa il 61% della dose inalata. **Distribuzione e metabolismo** Il legame alle proteine plasmatiche è di circa il 50% per formoterolo e 90% per budesonide. Il volume di distribuzione è di circa 4 l/kg per formoterolo e 3 l/kg per budesonide. Formoterolo è inattivo tramite reazioni di coniugazione (si formano metaboliti attivi O-demetilati e deformilati, per lo più rilevati come coniugati inattivi). Budesonide subisce un grado esteso (circa 90%) di biotrasformazione al primo passaggio epatico in metaboliti a bassa attività glucocorticosteroidica. L'attività glucocorticosteroidica dei metaboliti principali, 6beta-idrossibudesonide e 16beta-idrossiprednisolone, è inferiore all'1% di quella di budesonide. Non esistono indicazioni di alcuna interazione metabolica o recettoriale tra formoterolo e budesonide. **Eliminazione** La maggior parte di una dose di formoterolo viene trasformata tramite metabolismo epatico seguito da eliminazione renale. Dopo inalazione, dall'8 al 13% della dose inalata di formoterolo viene escreta non metabolizzata nelle urine. Formoterolo ha un elevato livello di eliminazione sistemica (circa 1.4 l/min) e l'emivita terminale è in media 17 ore. Budesonide viene eliminata per via metabolica principalmente catalizzata dall'enzima CYP3A4. I metaboliti di budesonide sono eliminati nelle urine come tali o in forma coniugata. Sono stati riscontrati solo livelli trascurabili di budesonide immutata nelle urine. Budesonide ha un'elevata eliminazione sistemica (circa 1.2 l/min) e l'emivita di eliminazione plasmatica dopo somministrazione i.v. è in media 4 ore. La farmacocinetica di budesonide o di formoterolo in bambini e in pazienti con insufficienza renale non è nota. L'esposizione di budesonide e formoterolo può risultare aumentata in pazienti con alterazione della funzionalità epatica. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** La tossicità osservata negli studi nell'animale con budesonide e formoterolo somministrati in associazione o separatamente si è dimostrata sotto forma di effetti associati ad attività farmacologica esagerata. Negli studi di riproduzione nell'animale, i corticosteroidi come budesonide hanno dimostrato di indurre malformazioni (palatoschisi, malformazioni scheletriche). Tuttavia, tali risultati sperimentali nell'animale non paiono di rilevanza nell'uomo se ci si attiene alle dosi raccomandate. Gli studi di riproduzione nell'animale con formoterolo hanno dimostrato una certa riduzione della fertilità nei ratti maschi dopo elevata esposizione sistemica e perdite degli impianti embrionali, così come sono state osservate, ad una esposizione molto più elevata rispetto a quella osservata durante l'uso clinico, aumentata mortalità postnatale e riduzione del peso alla nascita. Comunque, questi risultati sperimentali nell'animale non paiono di rilevanza nell'uomo.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti Lattosio monoidrato (contenente proteine del latte) **6.2 Incompatibilità** Non peritente. **6.3 Periodo di validità** 2 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Non conservare a temperatura superiore ai 30° C. Tenere il contenitore ben chiuso. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Turbuhaler è un inalatore multidose per polveri, azionato dal flusso inspiratorio. L'inalatore è bianco con una ghiera rotante di colore rosso ed è costituito da diversi materiali plastici (PP, PC, HDPE, LDPE, LLDPE, PBT). Ogni inalatore contiene 60 dosi. In ogni confezione secondaria vi sono 1, 2, 3, 10 o 18 inalatori. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Istruzioni per l'impiego, la manipolazione e lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** AstraZeneca S.p.A. - Palazzo Volta, Via F. Starza - Bosiglio (MI) **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 1 Turbuhaler da 60 dosi: A.I.C. 035194214/M **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Gennaio 2006.

Quando il fumo è arte



Glauco Cambon, Excelsior, 1908-10, bozzetto per manifesto
tempera su cartone, cm 93x67
Trieste, Modiano industrie carte da gioco ed affini S.p.A.

GIMBE®

Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con



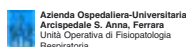
**Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara**
Unità Operativa di Fisiopatologia Respiratoria

2°
EBP
2006

1°
EBP
2007

GIMBE®
Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con



Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP

**EVIDENCE-BASED
PNEUMOLOGY**

8^A EDIZIONE

FERRARA

13-15 NOVEMBRE
27-29 NOVEMBRE
2006

www.gimbe.org/ebp

GIMBE®
Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con



Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP

**EVIDENCE-BASED
PNEUMOLOGY**

9^A EDIZIONE

FERRARA

15-17 GENNAIO
29-31 GENNAIO
2007

www.gimbe.org/ebp

GIMBE®
Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con



Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP

**CLINICAL
GOVERNANCE
IN PNEUMOLOGY**

4^A EDIZIONE

FERRARA

22-24 GENNAIO
2007

www.gimbe.org/cgp

GIMBE®
Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
Evidence-Based Medicine Italian Group

in collaborazione con



Azienda Ospedaliera-Universitaria
Arcispedale S. Anna, Ferrara
Unità Operativa di Fisiopatologia
Respiratoria

WORKSHOP

**CLINICAL
RESEARCH
IN PNEUMOLOGY**

2^A EDIZIONE

FERRARA

5-7 FEBBRAIO
2007

www.gimbe.org/crp

2006 • 2007 • 2007 • 2007

Progetto educativo

Evidence in Pneumology



Organizzazione a cura di:

MIDIA srl Via Santa Maddalena, 1
20052 Monza MI

Tel. 0392 304 440 • Fax 0392 304 442
midia@midiaonline.it • www.midiaonline.it

Evidence-Based Pneumology

DESTINATO A: Clinici

Clinical Governance in Pneumology

DESTINATO A: Clinici con responsabilità gestionali

Clinical Research in Pneumology

DESTINATO A: Ricercatori clinici



CONGRESSO NAZIONALE DELLA PNEUMOLOGIA

Firenze, 4-7 ottobre 2006



Unione Italiana per la Pneumologia



Organizzato da S.I.Me.R.
Società Italiana di
Medicina Respiratoria

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA AISC & MGR S.r.l. - AIM Group

Sede di Milano:
via G. Ripamonti 129 - 20141 Milano
tel. 0256601.1, fax 0256609045
e-mail: uip2006@aimgroup.it
<http://www.aimgroup.it/2006/uip>

Gli inserzionisti

SensorMedics Italia

Bodymedia

Il copertina

VitalAire

Istituzionale

1

ALK ABELLÓ

Istituzionale

2

MIR Medical International Research

Spirometria Ossimetria Telemedicina

4

Evento Midia / GIMBE

Evidence in Pneumology 7, 9, 17, 45, 89, 101

Officine Coppa

Istituzionale

8

CHEST 2007

11

Vivisol

Ventilazione

19

Hogrefe

Journal of the Word Allergy Organisation 23

ERS 2006

29

Chiesi

Atimos

35, 36, 37

Morgan Italia

Koko Legend

41

Linde Medica

Istituzionale

46

CHEST 2006

49, 56, 91

Cosmed

Pony FX

51

MedicAir

Istituzionale

52

Emergency

57

Midia Edizioni / Karger

66, 68

Midia Edizioni

Il test da sforzo cardiopolmonare 81, 83

Dompé

TOBI

95, 96, 97, III copertina

AstraZeneca

Symbicort

98, 99, IV copertina

Gianni Balzano

U.O. Complessa di Pneumologia e Riabilitazione Respiratoria, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Istituto Scientifico di Telese Terme (BN)

Mario De Palma

Primario Emerito di pneumologia
Ospedale "San Martino" Genova

Cristina Cinti

Dipartimento Malattie del Torace
Ospedale "Bellaria", Bologna

Vincenzo Zagà

Presidio di Pneumotisiologia, AUSL di Bologna,
Vice-Presidente e Tesoriere, Società Italiana di
Tabaccologia

Francesco de Blasio

Unità Funzionale di Riabilitazione Respiratoria,
Casa di Cura Clinic Center, Napoli

Vincenzo Aulitto

Responsabile Riabilitazione Cardiovascolare,
Centro Serapide, Pozzuoli (NA)

Edoardo Bernkopf

Specialista in odontostomatologia e protesi,
Libero Professionista a Parma, Roma, Vicenza

Stefano Aiolfi

U.O. di Riabilitazione Respiratoria,
Ospedale Santa Maria, Rivolta D'Adda (CR)

Giuseppe Lauriello

Primario Pneumologo Emerito,
Ospedale Giovanni da Procida, Salerno

Camillo Barbisan

Professore di Filosofia; Sacerdote della diocesi di
Treviso, Comitati di Bioetica ASL 9 e 10, Regione
Veneto

Nadia Zorzin

Grafica, disegnatrice, pittrice, Trieste

Francesco Iodice

U.O.C. di Fisiopatologia e Fisiokinesiterapia
Respiratoria, Azienda Ospedaliera di Rilievo
Nazionale "A. Cardarelli", Napoli

Ermanno Corbo

Direttore Presidio Pneumologico AUSL TARANTO 1

Sandro Amaducci

U.O.C. di Pneumologia,
A.O. Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

Emanuela de Blasio (figlia d'arte)

Istituto Magistrale "Virgilio", Pozzuoli (NA)

In copertina | Giuliana Maldini

Il significato della vita

Emanuela de Blasio (figlia d'arte)

Il significato di una poesia, il valore di un battito, la voglia che ho di amare il mondo è il senso della vita.

Poesia... battito... amare

Parole che hanno un suono bellissimo che mi portano a toccare il cielo con un dito, tra nuvole di ogni tipo, bianche e candide...

Ma... quando sto per raggiungere l'apice della felicità, tra le nuvole, una voce risuona nel vento: "Non è solo questo il vero senso della vita... le persone deboli, la gente che muore, un bambino che piange, non è forse anche questo?" Parole forse banali, ma tuttavia mi rendono incerta:

Debole... morire... piangere

È questo il senso della vita?

Ma proprio quando inizio a soffermarmi su queste parole, mi vedo sprofondare giù, sempre più giù, nel baratro delle mie emozioni...

Buio.

Nel silenzio totale dei miei sentimenti, quasi fosse uno sciopero, mi rispondo:

Ecco il senso della vita

Amare e odiare

Serenità e inquietudine

Ricchezza e povertà

Questo non è il solo significato, non è un quadro dipinto completamente...

È solo un pensiero, solo uno schizzo di quello che è il vero senso della vita.

E allora ognuno di noi, felice o triste, ottimista o pessimista, immagini di avere un proprio quadro davanti a sé, e dipingerlo col pensiero.

Anche se c'è la sensazione che non basteranno mai tutti i quadri dipinti, di cercare o almeno di tentare realmente di

capire il più inspiegabile, il più straordinario viaggio che è la vita.

È una battaglia la mia. Non cerco mai di fermarmi a capire il vero senso.

Non mollo, nonostante tutto mi sia contro. Direte voi, perché? Perché se mi fermo perdo la mia battaglia contro la debolezza, la morte e il pianto e perdere vuol dire rinunciare a capire l'unica cosa che voglio, l'unica cosa a cui più di tutte tengo:

Il significato della vita.